

# **Apuvälinepalvelun toimintakyky- lähtöisen tiedonkeruulomakkeen arviointi**

**Helsingin sosiaali- ja terveystoimiala  
Apuvälinepalvelut**

Johanna Kuisma  
Suvi Valtonen

Opinnäytetyö  
Syyskuu 2018  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Toimintaterapeutti (AMK), toimintaterapian tutkinto-ohjelma

Tekijä(t) Kuisma, Johanna Valtonen, Suvi	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Syyskuu 2018
	Sivumäärä 56	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>Apuvälinepalvelun toimintakyklähtöisen tiedonkeruulomakkeen arviointi</b> Helsingin sosiaali- ja terveystoimiala, Apuvälinepalvelut		
Tutkinto-ohjelma Toimintaterapia (AMK)		
Työn ohjaaja(t) Kristiina Juntunen		
Toimeksiantaja(t) Helsingin sosiaali- ja terveystoimialan apuvälinepalvelut		
Tiivistelmä <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää apuvälinepalveluprosessia, strukturoimalla apuvälineprosessin tiedonkeruuvaihetta tiedonkeruulomakkeen avulla. Tutkimuksessa arvioitiin Helsingin sosiaali- ja terveystoimialan apuvälinepalveluiden puhelinneuvonnassa käytössä olevien puolistrukturoitujen ICF -luokituksen perustuvien haastattelukysymysten soveltuvuutta toimintakykytiedon keräämiseen tiedonkeruulomakkeella. Kysymysten arviointi perustui vastausten toimintakykytiedon tarkkuuden analysointiin. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin asiakkaille suositeltuja interventioita. Tutkimuksen tavoitteena oli mahdollistaa tiedonkeruulomakkeen kehittäminen apuvälinepalveluiden tiedonkeruun ja raportoinnin työvälineeksi tutkimustuloksia hyödyntäen.</p> <p>Tutkimuksen tiedonkeruuvaihe nivellettiin osaksi asiakkaan apuvälineprosessia. Tiedonkeruulomakkeen tutkimusversio (puolistrukturoitu, itsenäisesti täytettävä kyselylomake) lähetettiin ammattihenkilöille henkilökohtaisena sähköpostina. Vastaaja täytti lomakkeen ennen asiakkaalle varattua apuvälineen arviointi- ja sovitusaikaa ja luovutti täytetyn lomakkeen vastaanoton yhteydessä tutkijalle. Tutkimusaineisto koodattiin ICF-koodeiksi ja lajiteltiin OTIPM-mallin mukaisesti interventoriyhmiin.</p> <p>Aineiston toimintakykytiedon tarkkuus painottui ICF-luokituksen luokitusportaan II tasolle ja ICF-koodin tarkennetta ei voitu tutkimusaineiston avulla pääsääntöisesti asettaa. Tarjottu interventiomallit painottuivat kompensatiomalliin.</p> <p>Tutkitut tiedonkeruulomakkeen kysymykset eivät tällä hetkellä tuota riittävän tarkkaa tietoa yksilön toimintakyvystä. Tutkimustuloksen perusteella annettiin suositukset muutokseen kolmesta näkökulmasta: kysymysten rakenne, lomakkeen täyttöön annetut ohjeet ja tiedonkeruulomakkeen rakenne.</p>		
Avainsanat ( <a href="#">asiasanat</a> ) Apuväline, apuvälinepalvelu, apuvälineen tarve, toimintakyky, toimintakykytieto, tiedonkeruulomake, ICF-luokitus, OTIPM-malli		
Muut tiedot ( <a href="#">salassa pidettävät liitteet</a> )		

Author(s) Kuisma, Johanna Valtonen, Suvi	Type of publication Bachelor's thesis	Date September 2018
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 56	Permission for web publication: x
Title of publication Evaluation of the questions in a functionally based data collection questionnaire of the Medical equipment services		
Degree programme Occupational therapy		
Supervisor(s) Juntunen, Kristiina		
Assigned by Social Services and Health Care Division, Helsinki		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the study was to develop the medical equipment service process by structuring the data collection phase of the process with a questionnaire. The study evaluated the suitability of the semi-structured questions used by the medical equipment helpline of the City of Helsinki for the collection of functional capacity information. These questions were based on the ICF classification. The evaluation of the questions was based on the analysis of the answers' accuracy on functioning. In addition, the study looked at the interventions recommended for the clients. The aim of the study was to utilize its results in the development of the data collection questionnaire as a reporting tool in the medical equipment services.</p> <p>The data collection phase was made to be a part of the client's medical equipment process. The research version of the data collection questionnaire (semi-structured, independently completed questionnaire) was sent to experts as individual e-mails. The respondents completed the questionnaire before the scheduled appointment for assessment and adaption of their medical equipment. At the appointment they handed back the completed questionnaire to the researcher. The collected data was coded into ICF codes and classified in intervention groups according to the OTIPM model.</p> <p>The accuracy of the functionality data reached the II level of the ICF classification grading stage, and the ICF code qualifier could not, as a rule, be set based on the research data. The provided intervention model focused on the compensation model.</p> <p>The questionnaire data did not provide sufficiently accurate information of the individual's functional capabilities. Based on the results of the study, recommendations for changes were given from three perspectives: the structure of the questions, the instructions for completing the questionnaire and the structure of the data collection questionnaire.</p>		
Keywords/tags ( <a href="#">subjects</a> ) Medical equipment, Medical equipment service, Need of a medical equipment, Information on performance, Performance, Data Collection questionnaire, ICF Classification, OTIPM- Model		
Miscellaneous ( <a href="#">Confidential information</a> )		

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Opinnäytetyön tausta ja viitekehykset .....</b>	<b>5</b>
2.1	Opinnäytetyön keskeiset käsitteet .....	5
2.2	Opinnäytetyön viitekehykset .....	7
<b>3</b>	<b>Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite .....</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>Aineisto ja menetelmät .....</b>	<b>15</b>
4.1	Tiedonkeruulomake tutkimuksen tiedonkeruun välineenä .....	15
4.2	Tutkimuksen kohderyhmä .....	17
4.3	Tutkimuksen tiedonkeruuvaihe .....	18
4.4	Analyysimenetelmät .....	20
<b>5</b>	<b>Tulokset .....</b>	<b>23</b>
5.1	Toimintakykykuvausten tarkkuus .....	24
5.2	ICF-koodin tarkenteen asettaminen .....	31
5.3	Interventiomallit .....	32
5.4	Havainnot tiedonkeruumenetelmän kehittämistarpeista .....	33
<b>6</b>	<b>Pohdinta .....</b>	<b>34</b>
6.1	Muutossuositukset tiedonkeruulomakkeeseen .....	34
6.2	Näyttöön perustuvat toimintakäytännöt .....	41
6.3	Tutkimuksen pätevyys .....	42
6.4	Tutkimuksen luotettavuus .....	43
6.5	Tutkimuksen eettisyys .....	43
6.6	Jatkokehittämis- ja tutkimusehdotukset .....	44

<b>Lähteet .....</b>	<b>46</b>
<b>Liitteet .....</b>	<b>49</b>
Liite 1. Tiedokeruulomake .....	49
Liite 2. Tutkimuslupa (poistettu arkistointiversiosta) .....	52
Liite 3. Saatekirje .....	54
Liite 4. Suostumuslomake .....	55
Liite 5. Tutkimusaineiston toimintakyvyn tasoa ja kontekstuaalisia tekijöitä kuvaavat määritelmät.....	56
 <b>Kuviot</b>	
Kuvio 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet. (WHO 2013,18).....	8
Kuvio 2. ICF-luokituksen hierakkinen rakenne ja koodit (Prodingen, Reinhardt, Selb, Stucki, Yan, Zhang & Li 2016, muokattu) .....	10
Kuvio 3. Top-down -näkökulma (Fisher 2009, muokattu) .....	13
Kuvio 4. OTIPM- prosessikuvaus (Fisher 2009, muokattu) .....	14
Kuvio 5. Tunnistettujen siltausyksiköiden ICF-koodien luokitusportaan tasojen jakautuminen kysymysten 2-8 osalta (n=201) .....	30
Kuvio 6. Tunnistettujen siltausyksiköiden ICF-koodien luokitusportaan tasot kysymyksittäin kysymysten 2-8 osalta .....	30
Kuvio 7. Asetettujen tarkenteiden jakautuminen toimintakykyä kuvaavien ICF- koodien osalta (n=162).....	32
Kuvio 8. Tiedonkeruulomakkeen uusi rakenne. Viitekehyksenä OTIPM & ICF - integraatio. Kuisma & Valtonen 2018. ....	40
 <b>Taulukot</b>	
Taulukko 1. Kysymyksen 2 esimerkivastauksia. ....	25
Taulukko 2. Kysymyksen 3 esimerkivastauksia. ....	25
Taulukko 3. Kysymyksen 4 esimerkivastauksia. ....	26
Taulukko 4. Kysymyksen 5 esimerkivastauksia. ....	27
Taulukko 5. Kysymyksen 6 esimerkivastauksia. ....	27

Taulukko 6. Kysymyksen 7 esimerkkivastauksia. ....	28
Taulukko 7. Kysymyksen 8 esimerkkivastauksia. ....	29
Taulukko 8. Esimerkkivastauksia toimintakyvyn tarkenteesta. ....	31
Taulukko 9. Esimerkkivastaukset edistävistä ja rajoittavista ympäristötekijöistä. ....	32
Taulukko 10. Esimerkkivastaukset interventiomalleista .....	33

# 1 Johdanto

Helsingin sosiaali- ja terveystoimialan apuvälinepalveluiden puhelinneuvontaan luotiin vuonna 2014, kehittämishankkeen tuotoksena, puolistrukturoidut haastattelukysymykset ohjaamaan puhelimesta tehtävää apuvälinetarpeen ja kiireellisyyden arviointia. Haastattelukysymysten viitekehyksenä käytettiin ICF- luokitusta, koska ICF- luokitus tarjoaa kaikille ammattiryhmille yhteiset käsitteet toimintakykytiedon raportointiin. ICF-luokitus viitekehyksenä myös ohjaa ammattilaisia pohtimaan laaja-alaisesti asiakkaan kokonaistilannetta, mikä tukee kuntoutuksen suunnittelua, arviointia ja dokumentointia. (Madden & Bundy 2018.) Kehittämishankkeen tarkoituksena oli varmistaa asiakkaiden saamien apuvälinepalveluiden tasalaatuisuus ja joustava saatavuus, korostaen käytettävissä olevan toimintakykytiedon hyödyntämistä. Hankkeen aikana kehitettyjen puolistrukturoitujen haastattelukysymysten avulla tiedonkeruu puhelinneuvonnassa tehostui ja suunnitelmallisesti kerätty toimintakykytieto oli myös tehokkaasti hyödynnettävissä.

Opinnäytetyö on jatkoa vuoden 2014 hankkeelle. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Helsingin sosiaali- ja terveystoimialan apuvälinepalvelut. Toimeksiantajan tarpeena oli kehittää toimintakykytiedon keräämistä ja raportointia apuvälinepalveluissa asioivien ammattilaisten ja apuvälinepalveluiden välillä. Aiheina toimintakykytiedon kerääminen, kirjaaminen, tuottaminen, raportointi ja hyödyntäminen ovat ajankohtaisia. Esimerkiksi TOIMIA -verkoston johtoryhmän jäsenet ottivat kantaa 31.5.2017 toimintakykytiedon tuottamiseen ja käyttämiseen liittyviin vakaaviin puutteisiin Sosiaali- ja terveysministeriöön laajalla jakelulla lähetetyllä kirjeellä. TOIMIA -verkoston johtoryhmä oli huolissaan mm. siitä, että asiakkaista kerättävää toimintakykytietoa kirjataan tietojärjestelmiin kirjavasti ilman selkeitä rakenteita, mikä estää toimintakykytiedon tehokkaan hyödyntämisen. Kirjaamisen haasteiden ratkaisuksi esitettiin toimintakykytiedon kirjaamista tietojärjestelmiin Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kehittämän, ICF-luokitukseen pohjautuvan, toimintakykytietomallin mukaisesti. (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2017)

## 2 Opinnäytetyön tausta ja viitekehykset

Helsingin sosiaali- ja terveystoimialan apuvälinepalvelut on tarkoitettu yli 16-vuotiaille helsinkiläisille, joilla on itsenäisen selviytymisen vaikeus sairaudesta, vammasta tai kehitysviivästyimestä johtuen tai toimintakyky on muutoin heikentynyt. Apuvälinepalvelun asiakasprosessi vaatii usein monialaista ja vahvaa yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken, jolloin tiedonkeruu ja raportointi korostuvat. (Helsingin Sosiaali- ja terveysvirasto 2016, 5-7.) Monialaisen yhteistyön onnistumiseksi tulee apuvälinepalveluiden tiedonkeruuvaiheeseen (=toimintakykytiedon kerääminen ja raportointi) olla strukturoitu ja tehokas. Apuvälinepalveluprosessin tiedonkeruuvaiheen aikana tavoitteena on kerätä mahdollisimman kattavasti tietoa asiakkaan toimintakyvystä ja siihen liittyvistä tekijöistä sekä selvittää alustavasti ratkaisuvaihtoehtoja, joiden avulla asiakas voi edetä kohti asettamia tavoitteita.

Helsingin sosiaali- ja terveystoimialan apuvälinepalveluissa oli havaittu toimintakykyyn liittyvän tiedonkeruun ja raportoinnin kehittämistarve. Apuvälinepalveluissa ei ole ollut käytössä strukturoitua tiedonkeruun menetelmää, jonka avulla olisi voitu kerätä ja raportoida tietoja asiakkaan kokonaistilanteesta ennen vastaanottoaikaan apuvälinepalveluissa. Havainnot asiakkaan toimintakyvystä ja siihen liittyvistä tekijöistä, on kirjattu kussakin työyksikössä käytössä oleviin tietojärjestelmiin, terapeutin oman ammattikunnan viitekehyksen mukaisesti, eikä tieto ole aina siirry apuvälinepalveluiden käyttöön. Strukturoidun tiedonkeruun menetelmän puuttuminen on aiheuttanut tietokatkoksia, apuvälinepalveluissa asioivien ammattilaisten ja apuvälinepalveluiden välillä ja vaikuttanut asiakkaan saaman apuvälinepalvelun laatuun.

### 2.1 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

”**Apuväline** on väline tai laite, jolla voidaan edistää ihmisen toimintakykyä silloin, kun hänen liikkumisensa, osallistumisensa ja elämänsä on sairauden, vamman tai ikääntymisen takia heikentynyt.” (Suomen Kuntaliitto 2004, 9) Apuväline luovutetaan asiakkaalle mahdollistamaan toimintaa, ei korvaamaan toimintakyvyn puutteita. Käytännössä tämä tarkoittaa, että pyörätuoli hankitaan liikuntarajoitteiselle ihmiselle siksi,



että hän pystyisi liikkumaan, ei siksi, ettei hän pysty kävelemään. (Salminen 2010, 17.)

**Apuvälinepalveluilla** tarkoitetaan toimintaa, joka sisältää muun muassa asiakkaan apuvälinetarpeen määrittelyn, välineen sovituksen ja luovutuksen, käytön opetuksen sekä seurannan. (Suomen Kuntaliitto 2004, 9.) Apuvälinetarpeen määrittely on osa arvioitavan asiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessia. Arvioinnin tarkoituksena on löytää keinot, joiden avulla asiakas voisi toimia mahdollisimman itsenäisesti ja tarkoituksenmukaisesti, erilaisista toiminnan ongelmista huolimatta. (Salminen 2010, 53.) Kunnan on järjestettävä terveydenhuoltolain mukaan lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelut osana sairaanhoitoa (STM 2013; L1326/2010, 24§) **Apuvälinepalveluprosessi** käsittää kaikki apuvälinepalvelun vaiheet. (Salminen 2010, 38)

"**Apuvälineen tarve** on arvioitava käyttäjälähtöisesti, oikea-aikaisesti ja yksilöllisesti. Tarpeen arvioinnissa on otettava huomioon potilaan toimintakyky, elämäntilanne ja elinympäristön apuvälineen toimivuudelle asettamat vaatimukset." (A1363/2011, 2§) Onnistuneen apuvälineen tarpeen ja apuvälineen valinnan tavoitteena on, että apuvälineen tarvitsija saa käyttöönsä laadukkaan ja tarpeidensa mukaisen apuvälineen oikeaan aikaan ja mahdollisimman tehokkaalla tavalla. Apuvälineen valinnan taustaksi tarvitaan tietoa asiakkaan toimintakyvystä, tavoitteista ja toimintaympäristöstä (Salminen 2010, 18–19, 21).

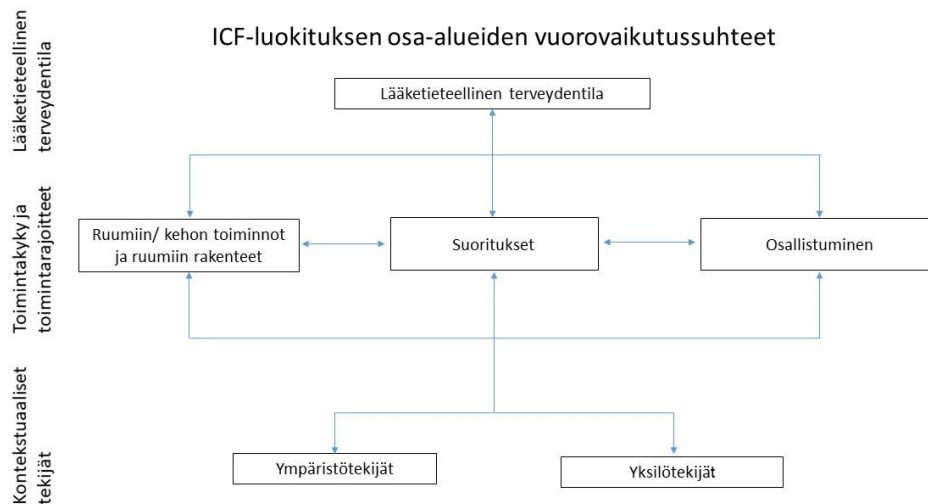
**Toimintakyky** tarkoittaa ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä päivittäisistä toimista omassa elinympäristössä. Toimintakyky on riippuvainen ympäristön myönteisistä tai kielteisistä vaikutuksista. Myös tasapainotila omien tavoitteiden, kykyjen ja toimintaympäristön välillä on merkityksellistä toimintakyvyn näkökulmasta. **Toimintakykytieto** käsittää kaikki asiakkaan toimintakykyyn vaikuttavat tekijät. (THL 2018.)

## 2.2 Opinnäytetyön viitekehykset

Helsingin sosiaali- ja terveystoimialan apuvälinepalveluiden tiedonkeruun ja raportoinnin kehittämistarpeeseen pyrittiin vastaamaan kehittämällä tiedonkeruuta ja raportointia avustava tiedonkeruun menetelmä kansallisia suuntalinjoja noudattaen. Tiedonkeruun kehittäminen vastaa Sosiaali- ja terveysministeriön lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta säädetyn asetuksen (A 1363/2011, 2§) tavoitteisiin arvioida apuvälinetarvetta käyttäjälähtöisesti, oikea-aikaisesti ja yksilöllisesti. Ennen tiedonkeruumenetelmän kehittämistä arvioitiin tutkittuun tietoon nojautuen, missä viitekehyksessä toimintakykytietoa olisi tehokkainta kerätä ja mikä viitekehys ohjaisi tuottamaan apuvälinepalveluiden kannalta laadukkainta ja käyttökelpoisinta toimintakykytietoa.

### **ICF-luokitus tiedonkeruun viitekehysenä**

Kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus (ICF) valittiin jo vuonna 2014 Helsingin sosiaali- ja terveystoimialan apuvälinepalveluiden puheleimessa tapahtuvan tiedonkeruun viitekehyyksi, koska ICF-luokitus tarjoaa yhteiset käsitteet ja viitekehyyksen toimintakykytiedolle (Madden & Bundy 2018) luoden samalla yhteistä ymmärrystä eri ammattiryhmien välille. ICF-luokitus soveltuu laajalaisuutensa ja dynaamisuutensa takia apuvälinepalveluiden käyttöön, koska ICF-luokitus ohjaa apuvälinepalvelun tarpeiden mukaisesti tarkastelemaan yksilön toimintakykyä ja toimintarajoitteita lääketieteellisen terveydentilan ja kontekstuaalisten tekijöiden dynaamisena vuorovaikutuksena (Ks. kuvio 1.) jolloin yhteen elementtiin kohdistetut interventiot voivat vaikuttaa myös muihin elementteihin. Vaikutukset ovat yksilöllisiä, eivätkä ne aina ole ennustettavissa. (WHO 2013, 18–19.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ohjaa myös käyttämään ICF-luokitusta viitekehysenä toimintakykytiedon käsittelyyn (THL 2017). Käytännön hyvien kokemusten ja tutkimustiedon tukemana pitäyduttiin edelleen ICF-luokituksen käytössä myös tiedonkeruun struktuurin jatko kehittämisen osalta.



Kuvio 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet. (WHO 2013,18)

### Taksonomia ICF-viitekehysessä/luokituksessa

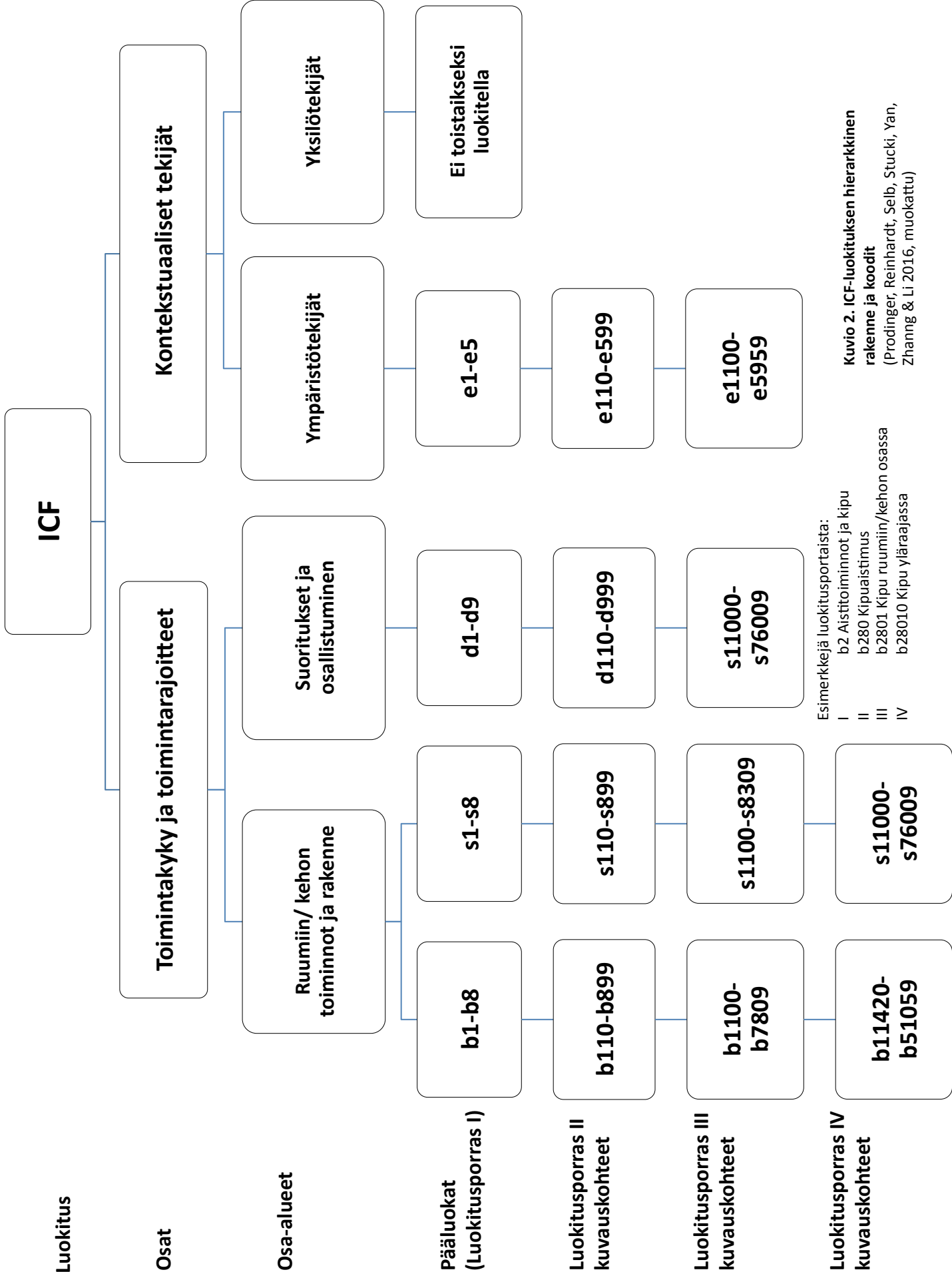
ICF-luokitus noudattaa taksonomian periaatteita (Ks. kuvio 2) jakautuen kahteen osaan: toimintakyky ja toimintarajoitteet (osa 1) sekä kontekstuaaliset tekijät (osa 2) (WHO 2013, 7). Kumpikin osa jakautuu edelleen kahteen osa-alueeseen. Osa-alueet koostuvat joukosta aihealueita ja kukin aihealue puolestaan koostuu kuvauskoh-teista, jotka ovat ICF-luokituksen luokitusyksiköitä, joilla jokaisella on oma ICF-koodi (THL 2018). ICF-luokituksen aihealueiden koodit jakautuvat neljään luokitusportaa-seen (Ks. kuvio 2), mikä tarjoaa mahdollisuuden järjestää toimintakyvyn kuvaukset hierarkkisesti, tarkasti määritettyihin pää- ja alaluokkiin. (WHO 2013, 207.) Hierarkki-suuden myötä luokituksen haaroja pitkin alaspäin liikuttaessa päästään yleisestä toi-mintakyvyn kuvauksesta yksityiskohtaiseen toimintakyvyn kuvaukseen ja toisaalta alatasolle koodattu tieto säilyttää merkityksensä siirryttäessä ylätasolle. (WHO 2013, 11, 21, 207, 211)

ICF-luokitus ohjaa käyttämään yksityiskohtaista IV portaan luokitustasoa pääsääntöi-sesti erikoissairaanhoidon palvelujen piirissä (esim. kuntoutus, mielenterveys ja ge-riatria), kun väestötutkimuksissa ja terveydenhuollon toiminnan tuloksellisuuden ar-

vioinnissa voidaan käyttää II portaan luokitustasoa (WHO 2007, 216). Apuvälinepalvelut ovat osa lääkinällistä kuntoutusta. Apuvälinepalveluissa tarvitaan ICF-luokituksen määritelmään peilaten apuvälinetarpeen arvioinnin onnistumiseksi vähintään ICF-luokituksen III portaan luokitustasoa olevaa toimintakykytietoa (Ks. kuvio 2). ICF-luokituksen hierarkkisuus palvelee strukturoidun tiedonkeruun tarpeita, ohjaamalla toimintakykytiedon raportointia haluttuun tarkkuuteen.

ICF-koodi muodostuu osa-alueen kirjaintunnuksesta ja sitä seuraavasta kuvauskohteen numerotunnuksesta (Ks. kuvio 2. esimerkit) sekä tarkenteesta (THL 2018). ICF-koodissa tulee aina olla ainakin yksi tarkenne. Tarkenteet ovat ICF-koodin pisteen perässä sijaitsevia koodinnumeroita ja niiden käytön tavoitteena on määritellä mitattavassa muodossa toimintakyvyn tai toimintarajoitteiden aste tai merkitys tietyn kuvauskohteen osalta. Mikäli ICF-koodi esiintyy ilman tarkennetta, voidaan olettaa, ettei henkilöllä ole ongelmaa kyseisen kuvauskohteen suhteen. (WHO 2013, 8, 11, 217–218.) Burgerin (2011) mukaan ICF-koodi on valmis vasta, kun se sisältää tarkenteen. Tutkimuksessaan hän huomasi, että osa-alueet suoritukset ja osallistuminen vaativat tarkenteen.

Tarkenteen avulla koodi kertoo yksilön toimintakyvyn tasosta sekä tuo esille missä määrin ympäristötekijä toimii edistävänä tai rajoittavana tekijänä (WHO 2013, 8). ICF-luokitus antaa tarkenteiden käytön avulla mahdollisuuden myös verrata suorituskyvyn (mitä asiakas kykenee tekemään) ja suoritustason (mitä asiakas tekee nyky-ympäristössä) välistä poikkeamaa, joka kuvaa yhdenmukaisen ympäristön ja nyky-ympäristön vaikutusten eroja asiakkaan toimintakykyyn. Vertailutietoa voidaan hyödyntää muun muassa, kun arvioidaan, miten nykyistä ympäristöä tulisi muuttaa asiakkaan suoritustason parantamiseksi. Eron avulla voidaan havaita apuvälineen, avustajan ja ympäristön vaikutukset asiakkaan toimintakykyyn. (WHO 2013, 225, Hautala, Härmäläinen, Mäkelä & Rusi-Pyykkönen 2017, 322.)



Esimerkkejä luokitusportaista:

I	b2 Aistitoiminnot ja kipu
II	b280 Kipu aistimus
III	b2801 Kipu ruumiin/kehon osassa
IV	b28010 Kipu yläraajassa

**Kuvio 2. ICF-luokituksen hierarkkinen rakenne ja koodit**  
(Prodinger, Reinhardt, Selb, Stucki, Yan, Zhanng & Li 2016, muokattu)

## **ICF-luokituksen käytön eettiset ohjeet**

Kehitettäessä apuvälinepalveluiden tiedonkeruuta ICF-luokituksen viitekehyksessä, on tarkkaan analysoitava, mitä tietoja asiakkaan toimintakyvystä tarvitaan ja miksi ja miten tiedot tulisi raportoida, jotta tiedon esittämistapa olisi luotettava ja yksiselitteisesti ymmärrettävä. ICF-luokituksen eettisten ohjeiden tavoitteena on ohjata ICF-luokituksen vastuulliseen ja asiakasta kunnioittavaan käyttöön. Noudattamalla ICF-luokituksen käytöstä esitettyjä yksityiskohtaisia eettisiä ohjeita voidaan varmistaa asiakkaan toimintakykytiedon vastuullinen käyttö. Eettiset ohjeet on jaoteltu kolmeen osaan: Kunnioitus ja luottamuksellisuus, ICF-luokituksen kliininen käyttö sekä ICF-luokituksesta saatavan tiedon sosiaalinen käyttö. Kaikkien ohjeiden pääperiaatteena on yksilön kunnioitus ja yksilön edusta huolehtiminen. ICF-luokitusta tulee aina käyttää kokonaisvaltaisesti, jolloin kaikki toimintakykyyn liittyvät osa-alueet huomioidaan. Koodatun toimintakykytiedon avulla pyritään vahvistamaan yksilön valintamahdollisuuksia ja elämänhallintaa. (WHO 2013, 239–240.) ICF-luokituksen käyttäjän tulee aina olla tietoinen siitä, mitä toimintakykytietoa dokumentoidaan ja miksi tietoa dokumentoidaan ja pohdittava, millä menetelmällä dokumentoitava tieto on luotettavinta tuottaa (Stucki, Prodinger & Bickenbach 2017).

## **OTIPM-malli interventiovalinnan viitekehystenä**

Apuvälinetarpeen arvioinnin päämääränä on, oikein valitun intervention eli väliintulon avulla, mahdollistaa toimintaa, jonka asiakas kokee itselleen merkitykselliseksi (Salminen 2010, 17). Näkökulmana toiminnan mahdollistaminen korostaa interventiovaihtoehtojen arviointia, suhteessa asiakkaan tavoitteisiin ja toiminnallisiin haasteisiin, ennen intervention valintaa.

Tiedonkeruumallin tutkimusversiossa käytettiin toimintakykytiedon tiedonkeruun viitekehystenä ICF-luokitusta. ICF-viitekehys ei kuitenkaan yksinään riitä apuvälinepalveluiden strukturoidun tiedonkeruun viitekehykseksi, koska se ei tarjoa viitekehystä interventioiden tarkasteluun. ICF:n rinnalle on tulossa ICHI-luokitus interventioiden koodaamiseen (Nurmi-Koikkalainen & Anttila 2017, 18–19). Strukturoidun apuvälineprosessin tiedonkeruun viitekehysten näkökulmasta, ICF-luokituksessa havaittu

heikkous pyrittiin ratkaisemaan etsimällä ICF-luokituksen rinnalle soveltuva viitekehys, joka tarjoaisi viitekehysten interventioden valintaan. Myös Stube (2016) on kokenut tarpeelliseksi yhdistää viitekehysjä päästökseen parhaaseen tulokseen asiakkaan kanssa.

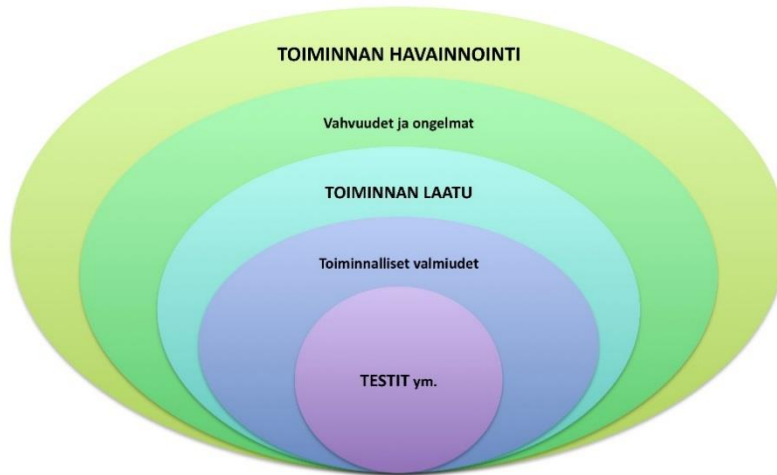
Tutkimuksen toiseksi viitekehjeksi ICF-luokituksen rinnalle valittiin edellä asetetut ehdot täyttävä OTIPM-malli. OTIPM-malli toimii ICF-luokituksen viitekehyksessä tapahtuvan tiedonkeruun luontevana jatkumona, ohjaten intervention valintaa.

OTIPM-malli ei myöskään ole, Fisherin (2009, 153-171, 185) mukaan, ristiriidassa ICF-viitekehysten kanssa. Tiedonhaun avulla ei myöskään löydetty toista vastaavaa apuvälinepalveluiden tarpeisiin soveltuvaa interventioden valintaa ohjaavaa viitekehystä.

### **Interventioiden struktuuri OTIPM-mallissa**

Intervention valinnan tulisi aina perustua top-down -näkökulman mukaisesti arjen toiminnoissa havaittuihin, määriteltyihin ja täsmennettyihin ongelmiin, jotka vaikeuttavat asiakkaan arjessa selviytymistä ja joihin asiakas toivoo muutosta (Fisher 2009, 18-19). Mikä tarkoittaa, että arvioinnissa tulisi erottaa toiminnan tason että tehtävätason analyysit (Fisher 2013) (Ks. kuvio 3). OTIPM-malli tarjoaa strukturoidun viitekehysten interventioden valintaan. OTIMP-malli ryhmittelee interventio vaihtoehdot neljään interventiomalliin: kompensatio, koulutus ja opetus, toiminnallisten taitojen harjoittelu, sekä toiminnallisten valmiuksien/ yksilötekijöiden ja kehon toimintojen harjoittelu (Ks. kuvio 4). Asiakkaan interventioon voidaan valita yksi tai useampia näistä interventiomalleista arviointiprosessin jälkeen tehtyyn toiminnan laadun analyysiin perustuen. Strukturoidun interventiomallin valinnan tavoitteena on ohjata terapeutin ammatillista ajattelua painottaen arviointiprosessin aikana kerätyn toimintakykytiedon pohjalta tehdyn toiminnan laadun analysoinnin perusteella tapahtuvaa intervention valintaa. (Fisher 2009, 18-19.)

### OTIPM – ajatusmaailman ydin – top-down -näkökulma



Kuvio 3. Top-down -näkökulma (Fisher 2009, muokattu)

OTIPM-mallin arvioinnin ja tavoitteiden asettamisen vaihetta ei otettu mukaan tiedonkeruumallin tutkimusversion rakenteeseen vaan toimintakykytiedon tiedonkeruun viitekehyksenä käytettiin ICF-luokitusta. Ratkaisuun päädyttiin, koska OTIPM-mallin tarjoama tiedonkeruuprosessi käsitteineen ei vielä ole moniammatillisesti tunnettu, kun taas tutkitun tiedon perusteella on näyttöä ICF-luokituksen vahvuuksista moniammatillisessa käyttöympäristössä (Madden & Bundy 2018), jota apuvälinepalvelut edustaa.



## OTIMP-mallin ydinkohdat

Arviointi ja tavoitteiden asettamisen vaihe:

- ✓ Muodosta asiakaskeinen suorituskonteksti: 10-ulottuvuutta
- ✓ Yksilöi ja priorisoi voimavarat ja rajoitteet toiminnallisessa suoriutumisessa
- ✓ Arvioi toiminnan laatua
  - Havainnoi asiakkaan toimintaa ja toteuta toimintakyvyn analyysi (toiminnan laatu)
  - Määrittele ja kuvaile mitä asiakas tekee/ ei tee tehokkaasti
  - Määrittele/ täsmennä/ tulkitse syyt

**Interventiovaihe:**

- ✓ **Valitse interventiomalli**
  - **Kompensaatio**
  - **Koulutus ja opetus**
  - **Toiminnallisten taitojen harjoittelu**
  - **Toiminnallisten valmiuksien harjoittelu**
- ➔ **Suunnittele ja toteuta interventio**

Uudelleen arviointivaihe:

- ✓ Uudelleen arvioi toiminnan laatua
- ✓ Mahdolliset jatkotoimenpiteet

Kuvio 4. OTIMP- prosessikuvaus (Fisher 2009, muokattu)

### 3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää apuvälinepalveluprosessia yhtenäistämällä toimintatapoja sekä strukturoimalla tiedonkeruuvaihetta.

Opinnäytetyön tavoitteena on mahdollistaa uuden tiedonkeruumenetelmän kehittäminen moniammatilliseen käyttöön. Tavoitteeseen pyritään luomalla tiedonkeruuvaihetta strukturoiva tiedonkeruulomake (tutkimusversio) ja tutkimalla tiedonkeruulomakkeen ja sen kysymysten käytettävyyttä arvioimalla saatujen vastausten toimintakykytiedon tarkkuutta ja informatiivisuutta sekä tarkastelemalla suositeltuja interventioratkaisuja. Tutkimustulosten perusteella tehdään suositukset jatkotoimenpiteistä tiedonkeruulomakkeen kehittämisen osalta. Tiedonkeruulomakkeen avulla voidaan jatkossa kerätä ja raportoida apuvälinepalveluprosessin kannalta merkityksellistä eli asiaankuuluvaa, olennaista ja sovellettavissa olevaa toimintakykytietoa ja ohjata ammattilaisia pohtimaan interventioden monipuolisuutta ja apuvälineen merkitystä kuntoutuksen osana.

Opinnäytetyössä käytettiin seuraavia tutkimuskysymyksiä:

- 1) Antavatko tiedonkeruulomakkeen vastauksina tuotetut toimintakykykuvaukset riittävää informaatiota apuvälinetarpeen ja apuvälineen valinnan tueksi?
- 2) Mitkä interventiomallit esiintyvät tiedonkeruulomakkeen vastauksissa?
- 3) Minkälaisia tiedonkeruumenetelmän kehittämistarpeita tutkimusaineiston (tiedonkeruulomakkeen vastausten ja suullisen palautteen) perusteella ilmenee?

## 4 Aineisto ja menetelmät

Opinnäytetyön ensimmäisessä vaiheessa kehitettiin apuvälinepalveluprosessia strukturoimalla tiedonkeruuvaihetta. Apuvälinepalveluihin kehitettiin uusi tiedonkeruumenetelmä eli tutkimusversio tiedonkeruulomakkeesta. Opinnäytetyön toisessa vaiheessa kehitetty tiedonkeruulomake arvioitiin tarkastelemalla tuottaako se tiedonkeruumenetelmänä apuvälinepalveluprosessin kannalta merkityksellistä toimintakykytietoa. Arvioinnin perusteella tehtiin huomioita tiedonkeruulomakkeen kehittämiskohteista ja annettiin ehdotuksia tiedonkeruulomakkeen kehittämiseksi. Opinnäytetyötä voidaan pitää kehittämishankkeen ja tutkimuksen yhdistelmänä.

Opinnäytetyössä toteutuva tutkiva työote, ennen uuden toimintatavan käyttöönottoa, on terveydenhuoltolain (L1326/2010, 8 §) mukaista toimintaa. Lain mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön, sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin (Hoitotyön tutkimussäätiö 2018).

### 4.1 Tiedonkeruulomake tutkimuksen tiedonkeruun välineenä

Opinnäytetyön tutkimuksen tiedonkeruun välineenä käytettiin opinnäytetyön osana kehitettyä tiedonkeruulomaketta. Tiedonkeruulomakkeella tarkoitetaan tässä opin-

näytetyössä kyselylomaketta asiakkaan toimintakykytietojen keräämiseen. Tiedonkeruulomake ei ole arviointiväline, vaan apuvälinepalveluprosessin kannalta merkityksellisen toimintakykytiedon (=olennaista, asiaankuuluvaa, sovellettavissa olevaa) kokoamisen ja raportoinnin apuväline, jonka tavoitteena on lomakkeen kysymysten avulla strukturoida apuvälineprosessin tiedonkeruuvaihetta. Strukturoitu tiedonkeruu tehostaa apuvälinepalveluprosessia ja on myös olennainen osa apuvälinepalveluiden laatua (STM & Suomen kuntaliitto 2003). Tiedonkeruulomakkeen taustalla on myös pyrkimys ohjata apuvälineprosessin interventioiden valintaa johdattamalla vastaaja pohtimaan asiakkaan kuntoutusta kokonaisuutena, jossa apuväline nähdään osana asiakkaan kuntoutusprosessia.

Tiedonkeruulomake (Ks. liite 1.) luotiin vaiheittain, opinnäytetyön tutkimussuunnitelma vaiheessa. Tiedonkeruulomake jakautuu kolmeen osaan: lomakkeen täyttäjän taustatiedot, asiakkaan toimintakyky ja suositellut interventiot. Tiedonkeruulomakkeen rakentaminen aloitettiin kirjaamalla apuvälinepalveluiden puhelinneuvonnassa käytössä olevat ICF-viitekehukseen pohjautuvat haastattelukysymykset tiedonkeruulomakkeen tutkimusversion rungoksi. Haastattelukysymykset siirrettiin, kysymysten kieliasun tarkistuksen jälkeen, tiedonkeruulomakkeen tutkimusversioon niiden alkuperäisessä esitysjärjestyksessä. Haastattelukysymykset loivat tiedonkeruulomakkeen perustan. Haastattelukysymykset kartoittavat asiakkaan toimintakykyä ja siihen vaikuttavia tekijöitä ICF-luokituksen osa-alue kerrallaan. Lomakkeen runkoon liitettiin seuraavassa työvaiheessa kysymys, jonka avulla oli tarkoitus kartoittaa ammattilaisten suosittelemia interventiomalleja OTIPM-mallin viitekehyksessä. Kaikki tiedonkeruulomakkeen kysymykset olivat avoimia kysymyksiä ja vastauksille jätettiin tyhjää tilaa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2016, 193 ja 198).

Tiedonkeruulomakkeen kokoamisen kolmannessa työvaiheessa luotiin kysymykset lomakkeen täyttäjän taustatietojen tallentamiseksi. Kerättävien taustatietojen osalta käytiin keskustelua apuvälinepalveluiden silloisen esimiehen Pia Yli-Kankahilan kanssa. Tällöin pohdittiin, mitkä tiedot tuottavat opinnäytetyön kannalta tärkeää aineistoa ja toisaalta mitä tietoja ei tarvita ja mitä tietoja ei tietosuojaan kannalta ole edes syytä kerätä. Taustatietojen osuus karsittiin neljään kysymykseen: päivämäärä,

vastaajan ammattinimike, vastaajan koulutus ja koulutusta vastaava työkokemus vuosina. Päivämäärän avulla voitiin seurata aineiston keruu-aikaa, muutoin päivämäärää ei raportointiin hyödynnetty, tutkittavien tietosuojan takaamiseksi. Vastaajan ammattinimikkeen ja koulutustietojen avulla kartoitettiin, mitkä ammattiryhmät täyttivät tiedonkeruulomakkeen tutkimuksen aikana ja vastasiko heidän koulutuksensa tehtävänimikettä. Työkokemuksen pituus vuosina antoi viitteen työntekijän valmistumisajankohdasta.

Tiedonkeruulomake on otsikoitu siten, että jo otsikosta voi päätellä mihin kerättyjä tietoja käytetään: "Tiedonkeruulomake, Toimintakykytiedon keräämiseen asiakkaan apuvälinetarpeen arvioinnin tueksi." Lomakkeen täyttämiseen annetuissa ohjeissa korostetaan vastausten tarkkuutta ja kattavuutta sekä painotetaan asiakkaan tunnistetietojen salausta.

## 4.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen kohderyhmään eli tutkimuksen perusjoukkoon (Hirsjärvi ym. 2016, 180) kuuluivat Helsingin sosiaali- ja terveystoimialan palveluksessa olevat fysio- ja toimintaterapeutit sekä kotihoidon työntekijät, joiden suomen kielen taito oli riittävä vastaamaan kirjallisiin suomenkielisiin kysymyksiin. Kielitaito selvitettiin puhelinneuvonnassa arviointi- ja sovitusaikaa varattaessa ja samalla kysyttiin alustavasti työntekijän mahdollisuutta osallistua tutkimukseen. Näiden kriteerien perusteella perusjoukosta saatiin edustava otos (Hirsjärvi ym. 2016, 180) niistä perusjoukon toimijoista, jotka olivat tulossa asiakkaan kanssa ennakkoon varatulle kahden tunnin arviointi- ja sovitusajalle apuvälinepalveluihin.

Tutkimuslupa haettiin Helsingin sosiaali- ja terveystoimialan sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelujen johtajalta. Lupahakemus jätettiin 13.10.2017. Lupahakemuksen liitteeksi tuli jättää tutkimussuunnitelma ja tutkimussuunnitelman tiivistelmä. Lupahakemuksen käsitteli sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelujen johtaja Seija Meripaasi.

Tutkimuslupa (liite 2.) on päivätty 30.11.2017 ja annettu tiedoksi 5.12.2018. Lupahakemuksen ehdoissa mainitaan, ettei tutkimusraportissa saa olla tunnistettavissa tutkimukseen osallistuneita henkilöitä. Tutkimuksesta ei myöskään saa koitua kustannuksia sosiaali- ja terveystoimelle. Pyydettyessä tutkimus tulee esitellä Helsingin sosiaali- ja terveystoimelle maksutta. Tutkimuksen valmistuttua siitä tulee toimittaa tutkimusraportti tai sähköinen osoite sosiaali- ja terveystoimen käyttöön.

### 4.3 Tutkimuksen tiedonkeruuvaihe

Tiedonkeruulomake lähetettiin vastaajille henkilökohtaisena sähköpostina puhelinkeskustelun jälkeen. Jokaisessa lähetetyssä sähköpostissa oli sama saatekirje (liite 3.) ja liitetiedostona tutkimuskaavakkeet: tiedonkeruulomake (liite 1.) ja asiakkaan suostumuslomake (liite 4.). Jokainen vastaaja tulosti itse lähetetyt liitetiedostot. Tarkoituksena oli, että ammattihenkilö (fysioterapeutti, toimintaterapeutti, kotihoidon työntekijä) täyttää lomakkeen ennen varattua kahden tunnin arviointi- ja sovitusaikaa. Tiedonkeruulomakkeen sai täyttää joko käsin tai tietokoneella. Vastaanotolle tuodun lomakkeen vastaukset käytiin pääpiirteissään läpi yhdessä vastaajan ja asiakkaan kanssa ja vastauksia pyrittiin hyödyntämään asiakkaan apuvälinepalveluprosessissa.

#### **Tutkimusaineiston keruun sovittaminen osaksi apuvälinepalveluprosessia**

Opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua, itsenäisesti täytettävää kyselylomaketta, joka tiedonkeruumenetelmänä edustaa laadullista tutkimushaastattelua kyselylomakkeen muodossa. Menetelmän tavoitteena oli kerätä systemaattista tietoa tutkittavasta kohteesta eli tiedonkeruulomakkeen kysymyksistä. Tiedonkeruulomakkeen avulla kerätty aineisto oli laadulliselle aineistolle tyyppillisesti ilmiänsuhtaan tekstiä (Eskola & Suoranta 2008, 15).

Opinnäytetyössä tarkasteltiin tiedonkeruulomakkeen kysymyksiä ja käyttöä mahdollisimman luonnollisessa tilanteessa ja mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Tämän vuoksi päämetodologiana tiedonkeruuvaiheessa käytettiin laadullista tutkimusotetta, joka keskittyy inhimilliseen toimintaan, johon tilastolliset menetelmät eivät pysty

(Metsämuuronen 2006, 212). Opinnäytetyön tiedonkeruu toteutettiin mahdollisimman luonnollisena osana asiakkaan apuvälinepalveluprosessia, jotta osallistuminen tutkimusaineiston tuottamiseen ei kuormittaisi ammattilaisia, mikä osaltaan voisi laskea osallistumismotivaatiota tutkimukseen. Tiedonkeruulomakkeen täyttäminen omin sanoin kirjaamalla ennen vastaanottoa perusteltiin vastaajille apuvälinepalveluprosessia jäsentävänä toimenpiteenä. Lomakkeen palautuessa vastaanoton yhteydessä lomakkeen vastauksia käytettiin vastaanotolla tapahtuvan haastattelun ja havainnoinnin tukena, jolloin tiedonkeruulomakkeen informaatioarvo osana asiakkaan apuvälinepalveluprosessia korostui.

### **Tutkimusaineiston keräämisen ajankohta**

Opinnäytetyössä keskityttiin suhteellisen pieneen ja valikoituun otantaan, mikä on laadulliselle tutkimukselle ominaista (Eskola & Suoranta 2008, 18). Opinnäytetyön tutkimussuunnitelmaan oli kirjattu, että haastattelulomakkeita kerätään ja analysoidaan niin pitkään, kunnes saturaatiopiste saavutetaan. Alustavasti oli suunniteltu, että opinnäytetyöhön kerätään noin 10-20 täytettyä lomaketta. Saturaatio käsitettä käytetään kvalitatiivisen aineiston keruussa, kun puhutaan aineiston riittävydestä. Saturaatio käsitteellä tarkoitetaan tutkimusaineiston keräämisen aikana tehtävää päätöstä aineiston riittävydestä. (Hirsjärvi ym. 2016, 182.) Riittävyttä arvioidaan sillä, että aineistossa tietty peruslogiikka alkaa toistua. Tällöin lisäaineiston kerääminen ei tuota kohteesta enää uutta informaatiota. Kun tietty määrä aineistoa on kassassa, se riittää tuomaan tutkimuskohteesta saatavissa olevan teoreettisen peruskuvion. (Eskola & Suoranta 2008, 62-63.) Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin ajalla 21.12.2017-20.3.2018. Tutkimusaineiston kerääminen päätettiin, kun havaittiin, ettei merkittäviä eroja tutkimusvastauksiin ole enää tulossa eli havaittiin saturaatiopisteen löytyneen.

Tutkimusaineistoa vastaanotti vain toinen opinnäytetyöntekijä, koska tutkimusaineiston keruuseen tarvittiin työsuhte sosiaali- ja terveystoimialalle. Aineistoa vastaanottavan työntekijän työnkuva muuttui merkittävästi tutkimusaineiston keruun aikana,

jolloin tutkimusaineiston kerääminen hidastui alkuperäisestä aikataulusuunnitelmasta aineiston keräämisen vaikeuduttua. Opinnäytetyön prosessimaisen etenemisen aikana laadullisen tutkimusmenetelmän joustavuus ja muuttuviin olosuhteisiin mukautuvuus (Hirsjärvi ym. 2016, 164) helpottivat tutkimussuunnitelman struktuurin ylläpitämistä (Eskola & Suoranta 2008, 15–16).

#### 4.4 Analyysimenetelmät

Analyysimenetelmät valittiin kerätyn tutkimusaineiston taustalla vaikuttavien viitekehysten rajaamina, valiten viitekehysten mahdollistamista menetelmistä menetelmä, jonka avulla parhaiten voitiin tuottaa vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Toimintakykyä kuvaava tutkimusaineisto eli tiedonkeruulomakkeen vastauksina saadut toimintakykykuvaukset koodattiin ICF-koodeiksi, jonka jälkeen aineiston tarkkuutta voitiin peilata ICF-luokituksen luokitusportaiden tasoon. Lisäksi ICF-koodeille pyrittiin asettamaan tarkenne tutkimusaineiston avulla. Interventioista kertova tutkimusaineisto lajiteltiin OTIPM-mallin mukaisesti interventioryhmiin. Lähtötilanteessa molempien ryhmien tutkimusaineisto oli laadullista aineistoa, mutta koodaamisen ja lajittelemisen jälkeen aineistoa käsiteltiin määrällisen tutkimusaineistoin tavoin, kuitenkin aineiston alkuperä huomioiden.

##### **Toimintakykykuvausten siltaaminen ICF-koodeiksi**

ICF-koodeiksi koodaaminen perustuu ICF-luokituksen tarjoamaan mahdollisuuteen käsitteellistää toimintakykytietoa siltaamalla se ICF-koodeiksi (Madden & Bundy 2018). Kun toimintakykytietoa koodataan ICF-koodeiksi, on aina noudatettava koodausohjeita, jotta koodaamalla tuotettu tieto olisi käyttötarkoituksen mukaista ja kuvaisi yksilön toimintakykyä mahdollisimman tarkasti ja objektiivisesti ilman tulkintaa. (WHO 2013, 220–221.) Siltaamissäännöt myös varmistavat toimintakykytiedon vertailukelpoisuuden, jolloin tietoa voidaan käyttää perustana näyttöön perustuvalle päätöksenteolle kaikilla terveydenhuollon tasoilla. (Cieza, Fayed, Bickenbach & Prodinger 2016).

Aineiston siltaaminen ICF-koodeiksi tapahtuu vaiheittain ja vaiheet riippuvat analysoitavan tiedon tyypistä. Laadullinen aineisto on ensin valmisteltava siltaamista varten, jakamalla teksti osiin. Osiin jakaminen tapahtuu kohdista, joissa muutos tekstin merkityksestä on havaittavissa. Osiin jakamisen jälkeen osien tekstisisällöstä tunnistetaan siltausyksikkö, jota tunnistettaessa tulee tekstin antamat taustatiedot huomioiden pohtia, mistä tekstissä oikeastaan on kyse. Vasta siltausyksikön tunnistamisen jälkeen voidaan toimintakykytieto koodata ICF- luokituksen koodeiksi. (ICF Research Branch 2014, 12-17) Koodaaminen tehdään aina pareittain. Molemmat koodaavat aineiston ensin itsenäisesti ja vasta tämän jälkeen käydään konsensuskeskustelu risti-riitaisten koodausten osalta. Mikäli konsensusta ei synny, käytetään apuna kolmatta koodaajaa (Anttila & Peurala 2014).

Tutkimusaineistoa eli tiedonkeruulomakkeen kysymyksiin saatuja vastauksia ICF-koodeiksi sillattaessa tieto valmisteltiin koodausta varten laadullisen aineiston koodausohjeiden mukaisesti portaittain edeten: tekstin jakaminen osiin, siltausyksikön tunnistaminen, ICF- osa-alueen tunnistaminen, pääluokan tunnistaminen, kaksipor-taisen luokituksen koodin tunnistaminen, mikäli mahdollista ja lopuksi mahdollisuuksien mukaan yksityiskohtaisen luokituskoodin tunnistaminen. Molemmat tekijät työskentelivät ensin yksin, jonka jälkeen käytiin konsensuskeskustelu. Opinnäytetyössä haasteellisimpien siltausten osalta konsultoitui THL:n erikoistutkija Heidi Anttilaa. Siltaamisen jälkeen ICF-koodeiksi koodattujen vastausten perään merkittiin ICF-koodin luokitusportaiden mukainen ICF-koodin tarkkuus (I-IV) aineiston analysointia varten.

Laadullista tekstimuotoista toimintakykyaineistoa koodatessa on oltava tarkka ymmärrys asiakkaan toimintakykyyn vaikuttavista olosuhteista, jotta siltaaminen tapahtuisi siltaussääntöjen mukaisesti (Cieza ym. 2016, 3). Tiedonkeruulomakkeen vastausten siltaaminen perustui ensisijaisesti asetettuun vastaustavoitteeseen. Vastaustavoite määritteli mitä ICF- luokituksen osa-alueen tietoa kysymyksellä pyrittiin keräämään. Esimerkkinä kysymys 2: Onko asiakkaalla vajavuutta tai ongelmia tuki- ja liikuntaelimestössä/aisteissa/kivun havaitsemisessa /mielentoiminnoissa / muussa? Kysymyksellä haettiin tietoa ICF-luokituksen osa-alueesta ruumiin/ kehon toiminnot (b)



ja ruumiin/ kehon rakenteet (s). Vastauksen toimintakykytieto pyrittiin siltaamaan asetetun vastaustavoitteen mukaisesti. Mikäli vastauksessa viitattiin edellisen kysymyksen vastaukseen, sitä ei huomioitu tämän kysymyksen osalta. Esimerkkinä kysymyksen 4 vastaus: "kts kohta 3", jätettiin huomioimatta kysymyksen neljä vastausten osalta.

### **Koodatun toimintakykytiedon analysointi**

ICF-luokituksen koodeiksi koodatun tutkimusaineiston analyysin tavoitteena oli saada tietoa yhden muuttujan, ICF-koodin luokitusportaan taso I-IV, jakaumasta, jonka tarkia käytettiin apuna moodia, joka on sijaintiluku. Sijaintiluvut ovat havaintoarvojen sijaintia kuvaavia tunnuslukuja. Moodi (Mo) tarkoittaa yleisintä, useimmin esiintyvää muuttujan arvoa eli havainto, jonka frekvenssi on suurin, se mitä on eniten. Moodeja voi myös olla useampia. Koska yhdellä tunnusluvulla saadaan harvoin tarkinta tietoa muuttujasta, tuloksia tarkasteltiin myös prosenttiluvun avulla. (Vilka 2007, 119-121.) ICF-luokitusportaat ovat järjestyslukuja ja siksi niiden analysointiin ei voitu käyttää keskiarvoa eikä mediaania. Laskemalla aineiston tyyppiarvot ja prosentuaaliset painotukset, voitiin tutkimustulokset esittää yksinkertaistetusti ja tiivistetysti ja lisäksi voitiin verrata tiedonkeruulomakkeella kerätyn toimintakykytiedon tarkkuuden vastaavuutta yleisesti määriteltäviin ICF-luokitustasoihin eri käyttötarkoituksissa.

Lopuksi toimintakykytiedon tarkkuuden analyysiä tarkennettiin sillä, voiko käytettävissä olevan tutkimusaineiston pohjalta asettaa ICF-koodille tarkenteen, jonka jälkeen ICF-koodi on vasta valmis. Ilman tarkennetta pelkästä osa-alueen kirjaintunnuksesta ja sitä seuraavasta kuvauskohteen numerotunnuksesta muodostuva koodi ei ole mielekäs, koska se ei kerro asiakkaan toimintakyvyn tasosta tai ympäristötekijöiden vaikutuksesta toimintakykyyn (WHO 2013, 218), eikä siten ole asiakkaan toimintakyvyn suhteen informatiivinen.

### **Interventioista kertovan aineiston analysointi OTIPM-mallin mukaisesti**

Vastaukset kysymykseen, "Toimintakyky ja -ympäristö sekä asiakkaan tavoitteet huomioiden esitän (apuväline)ratkaisuksi." lajiteltiin neljään OTIPM-mallin tarjoamaan

interventioryhmään (kompensaatio, koulutus ja opetus, toiminnallisten taitojen harjoittelu, sekä toiminnallisten valmiuksien harjoittelu). Lajittelun jälkeen tarkasteltiin, mikä interventiomalli painottui vastauksissa. Lisäksi tarkasteltiin, valitsiko ammattihenkilö arviointivaiheen jälkeen yhden vai useamman interventiomallin, jota hän hyödynsi toimintaan perustuvaa interventiota suunnitellessaan.

## 5 Tulokset

Tutkimuskaavake lähetettiin yhteensä neljälletoista vastaajaa, joista yksi jätti vastamatta, joten vastausprosentiksi saatiin 92,9. Tutkimukseen osallistui kymmenen fysioterapeuttia, neljä toimintaterapeuttia ja yksi sairaanhoitaja, joista kaikki toimivat koulutustaan vastaavissa töissä. Vastaajien työvuodet koulutusta vastaavalla alalla vaihtelivat työvuosina 0,5-39 välillä. Fysioterapeuttien osalta työvuodet omalla koulutusalaalla olivat 0,5-39, toimintaterapeuteilla 4-25 ja sairaanhoitajalla 10 vuotta.

Yhdeksän tiedonkeruulomaketta kolmestatoista oli täytetty yhdessä asiakkaan kanssa ja neljä ilman asiakasta, asiakkaan kommunikoinnin esteiden takia. Kaksi kolmestatoista lomakkeesta oli täytetty työparina (fysioterapeutti & sairaanhoitaja ja fysioterapeutti & toimintaterapeutti). Työpari, jossa työparina fysioterapeutti ja toimintaterapeutti, oli täyttänyt lomakkeen yhdessä asiakkaan kanssa.

Suostumuslomake oli vastaanotolla palautetuista lomakkeista valmiiksi allekirjoitettuna vain yhdellä asiakkaalla. Muiden kohdalla lomake oli jätetty tietoisesti täyttämättä ennen vastaanotolle tuloa, koska vastaajat halusivat, että tutkimusaineistoa keräävä henkilö selvittää asiakkaalle tutkimuksen tavoitteet henkilökohtaisesti. Tällöin suostumuslomake allekirjoitettiin vastaanoton yhteydessä. Postissa palautuneiden osalta suostumuslomake oli käyty läpi asiakkaan kanssa vastaajan toimesta ja suostumuslomake palautui tiedonkeruulomakkeen kanssa.

Tutkimustulokset on raportoitu ryhmittelemällä ne neljään ryhmään: toimintakykykuvausten tarkkuus, ICF-koodin tarkenteen asettaminen, interventiomallit, havainnot tiedonkeruumallin kehittämiskohteista.

## 5.1 Toimintakykykuvausten tarkkuus

Tiedonkeruulomakkeen kysymyksiin saatujen vastausten toimintakykykuvausten toimintakykytiedon tarkkuutta arvioitiin tarkastelemalla vastauksista tunnistettujen ja koodattujen siltausyksiköiden ICF-koodin luokitusportaan tasoa (I-IV).

### **Kysymys 1: Asiakkaan diagnoosi**

Diagnoositieto kysytään, koska: ”Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksen edellytyksenä on sellainen lääketieteellisin perustein todettu sairaus, vamma tai kehitysviivästymä, joka heikentää potilaan toimintakykyä ja vaikeuttaa hänen itsestä selviytymistään.” (A1363/2011, 1§) Diagnoositietoa ei koodata, koska ICF ei koodaa tietoa lääketieteellisestä terveydentilasta, siitä käytetään merkintää hc (health condition).

Tähän kysymykseen saatiin kaikilta kolmeltatoista vastaajalta vastaukset, jotka vastasivat tarkasti esitettyyn kysymykseen. Diagnooseja raportoitiin vastauksissa yhteensä 29 ja näihin kirjattiin merkintä hc. Diagnoositiedoista kolmeentoista oli kirjattu myös diagnoosikoodi.

### **Kysymys 2: Onko asiakkaalla vajavuutta tai ongelmia tuki- ja liikuntaelimistössä/aisteissa/kivun havaitsemisessa /mielentoiminnoissa / muussa?**

Kysymyksellä haettiin tietoa ICF-luokituksen osa-alueesta ruumiin/ kehon toiminnot (b), jossa kahdeksan (8) eri pääluokkaa sekä osa-alueesta ruumiin/ kehon rakenteet (s), jossa kahdeksan (8) eri pääluokkaa.

Kysymykseen saatiin vastaus jokaiselta kolmeltatoista vastaajalta. Vastauksista tunnistettiin yhteensä 45 siltausyksikköä (Ks. esimerkit taulukko 1) ja ne sillattiin ICF-koodeiksi. ICF-koodien luokitusportaan tasot olivat; I luokitusporras: 8 kpl (18%), II luokitusporras: 20 kpl (44%) ja III luokitusporras: 17 kpl (38%). Vastaukset painottuivat luokitusportaille II ja III, tyypillisimmän luokitusportaan ollessa II.

Taulukko 1. Kysymyksen 2 esimerkkivastauksia.

Esimerkkivastaus	Siltausyksikkö	ICF-koodi	Luokitusporras
..lisäksi vanha selkäongelma.	selkäongelmat	B7, tuki- ja liikuntaelimestöön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot	I
Rakon ja suolen toiminnan häiriöitä.	rakon toiminta suolen toiminta	B620, virtsaamistoiminnot B525, ulostustoiminnot	II
Anamneesissa mm. reisiamputaatio.	reisiamputaatio	S7500, reiden rakenne	III

### Kysymys 3: Mitkä arjen ja siihen liittyvät toiminnot onnistuvat/eivät onnistu ilman apuvälinettä ja/tai avustusta?

Kysymyksellä haettiin tietoa ICF-luokituksen osa-alueesta suoritukset ja osallistuminen (d), jossa yhdeksän (9) eri pääluokkaa.

Kysymykseen saatiin vastaus jokaiselta kolmeltatoista vastaajalta. Vastauksista tunnistettiin yhteensä 42 siltausyksikköä (Ks. esimerkit taulukko 2) ja ne sillattiin ICF-koodeiksi. ICF-koodien luokitusportaan tasot olivat; I luokitusporras: 11 kpl (26%), II luokitusporras: 23 kpl (55%) ja III luokitusporras: 8 kpl (19%). Vastaukset painottuivat luokitusportalle II, tyypillisimmän luokitusportaan ollessa II.

Taulukko 2. Kysymyksen 3 esimerkkivastauksia.

Esimerkkivastaus	Siltausyksikkö	ICF-koodi	Luokitusporras
Päivittäisissä toimissa tarvitsee avun.	päivittäiset toiminnot	D5, itsestä huolehtiminen	I
Lukeminen, kirjoittaminen ja syöminen onnistuvat omatoimisesti.	lukeminen kirjoittaminen syöminen	D166, lukeminen D170, kirjoittaminen D550, ruokaileminen	II
Hiusten pesu ja hampaiden pesu.	hiusten pesu hampaiden pesu	D5100, kehon osien peseminen D5201, hampaiden hoitaminen	III

#### **Kysymys 4: Mitkä arjen toiminnot onnistuvat/eivät onnistu apuvälineen kanssa ja /tai avustettuna?**

Kysymyksellä haetaan tietoa ICF-luokituksen osa-alueesta suoritukset ja osallistuminen (d), jossa yhdeksän (9) eri pääluokkaa.

Kysymykseen saatiin vastaus yhdeltätoista vastaajalta, joista kahdessa vastauksessa viitattiin kysymyksen kolme vastaukseen, näitä ei huomioitu kysymyksen 4 vastauksissa. Vastauksista tunnistettiin yhteensä 32 siltausyksikköä (Ks. esimerkit taulukko 3) ja ne sillattiin ICF-koodeiksi. ICF-koodien luokitusportaan tasot olivat; I luokitusporras: 1 kpl (3%), II luokitusporras: 24 kpl (75%) ja III luokitusporras: 7 kpl (22%). Vastaukset painottuivat luokitusportaille II, tyypillisimmän luokitusportaan ollessa II.

Taulukko 3. Kysymyksen 4 esimerkkivastauksia.

Esimerkkivastaus	Siltausyksikkö	ICF-koodi	Luokitusporras
Kommunikointi.	kommunikointi	D3, kommunikointi	I
Syö itsenäisesti.	itsenäinen syöminen	D550, ruokaileminen	II
Katetroiminen ja hampaiden pesu onnistuvat pyörätuolissa istuen.	katetrointi	D5308, wc:ssä käyminen, muu määritelty	III
	hampaiden pesu	D5201, hampaiden hoitaminen	

#### **Kysymys 5: Mihin arjen ja siihen liittyviin toimintoihin asiakas osallistuu / haluaisi osallistua / ei pysty osallistumaan? Asiakkaan tavoite?**

Kysymyksellä haettiin tietoa ICF-luokituksen osa-alueesta suoritukset ja osallistuminen (d), jossa yhdeksän (9) eri pääluokkaa.

Kysymykseen saatiin vastaus jokaiselta kolmeltatoista vastaajalta. Vastauksista tunnistettiin yhteensä 24 siltausyksikköä (Ks. esimerkit taulukko 4) ja ne sillattiin ICF-koodeiksi. ICF-koodien luokitusportaan tasot olivat; I luokitusporras: 4 kpl (17%), II luokitusporras: 9 kpl (37%) ja III luokitusporras: 11 kpl (46%). Vastaukset painottuivat luokitusportaille II ja III, tyypillisimmän luokitusportaan ollessa III.

Taulukko 4. Kysymyksen 5 esimerkkivastauksia.

Esimerkkivastaus	Siltausyksikkö	ICF-koodi	Luokitus- porras
Itsenäisempi liikkumisen mahdollisuus	itsenäinen liikkuminen	D4, liikkuminen	I
Syö itse.	syöminen	D550, ruokaileminen	II
Golfin pelaaminen.	golfin pelaaminen	D9201, urheilu	III

### Kysymys 6: Mitkä asiat henkilön fyysisessä ympäristössä edistävät/ rajoittavat hänen toimintaansa?

Kysymyksellä haettiin tietoa ICF-luokituksen osa-alueesta ympäristötekijät (e), jossa viisi (5) eri pääluokkaa, tämä kysymys kohdistuu pääluokkiin e1 ja e2.

Kysymykseen saatiin vastauksia kahdeltatoista vastaajalta ja yhdessä vastauksessa viitattiin kysymyksen kolme vastaukseen ja sitä ei huomioitu kysymyksen 6 vastauksissa. Vastauksista tunnistettiin yhteensä 24 siltausyksikköä (Ks. esimerkit taulukko 5) ja ne sillattiin ICF-koodeiksi. ICF-koodien luokitusportaan tasot olivat; I luokitusporras: 3 kpl (12,5%), II luokitusporras: 6 kpl (25%) ja III luokitusporras: 15 kpl (62,5%). Vastaukset painottuivat luokitusportaalalle III, tyypillisimmän luokitusportaan ollessa III.

Taulukko 5. Kysymyksen 6 esimerkkivastauksia.

Esimerkkivastaus	Siltausyksikkö	ICF-koodi	Luokitus- porras
Ulkona liikkuminen ei onnistu ilman avustajaa esteiden vuoksi.	ympäristön esteet ulkona	E2, luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset	I
Sängyn laidat (turvallisuussyistä), haaravyö.	apuvälineet turvallisuuden edistämiseksi	E115, päivittäisen elämän tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen käyttöön	II
Pyörätuoli.	liikkumisen apuväline	E1201, erityistuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen liikkumiseen ja liikenteeseen sisä- ja ulkotiloissa	III

### Kysymys 7: Mitkä asiat henkilön sosiaalisessa ja asenneympäristössä edistävät/rajoittavat hänen toimintaansa?

Kysymyksellä haettiin tietoa ICF-luokituksen osa-alueesta ympäristötekijät (e), jossa viisi (5) eri pääluokkaa, tämä kysymys kohdistuu pääluokkiin e3, e4 ja e5.

Kysymykseen saatiin vastaus yhdeltätoista vastaajalta, yhdessä vastauksessa viitattiin kysymyksen kolme vastaukseen, jota ei huomioitu kysymyksen seitsemän vastauksissa. Vastauksista tunnistettiin yhteensä 18 siltausyksikköä (Ks. esimerkit taulukko 6) ja ne sillattiin ICF-koodeiksi. ICF-koodien luokitusportaan tasot olivat; I luokitusporras: 5 kpl (28%), II luokitusporras: 8 kpl (44%) ja III luokitusporras: 5 kpl (28%). Vastaukset painottuivat luokitusportaalle II, tyypillisimmän luokitusportaan ollessa II.

Taulukko 6. Kysymyksen 7 esimerkkivastauksia.

Esimerkkivastaus	Siltausyksikkö	ICF-koodi	Luokitusporras
Palvelutalossa on hyvä henki ja ei kiireen tuntu.	asenneympäristö	E4, asenteet	I
Kumppani hyvin tukena.	perheen tuki	E310, lähiperhe	II
Asuinhuoneessa (asuu palvelutalossa) huomioitu asiakkaan toiveet, tarpeet, persoona.	terveys palvelut, palvelutalo	E5800, terveyspalvelut	III

### Kysymys 8: Mitkä asiakkaan ominaisuudet ja toimintatavat vaikuttavat hänen toimintaansa?

Kysymyksellä kahdeksan haettiin tietoa ICF-luokituksen osa-alueesta yksilötekijät (pf), näitä ovat mm. ikä, sukupuoli, koulutus, elämäntyyli, tavat ja ammattitaito. ICF-luokituksessa yksilötekijöitä ei toistaiseksi luokitella laajan kulttuurisen ja sosiaalisen vaihtelun vuoksi. (THL 2018. Toimintakyky. ICF-luokituksen rakenne) Tämän kysymyksen vastausten osalta konsultoitiin Heidi Anttilaa THL:stä, koska yhtä vastausta lukuun ottamatta kaikki saadut vastaukset liittyivät osa-alueisiin ruumiin/kehon toiminnot (b) sekä suoritukset ja osallistuminen (d). Vastaukset voitiin koodata ICF-koodeiksi ja keskustelun jälkeen ne päätettiin myös koodata.

Kysymykseen saatiin vastauksia yhdeksältä vastaajalta, joista yhdessä viitattiin vastauksen lisäksi myös kysymyksen seitsemän vastaukseen. Yhdessä vastauksessa viitattiin kysymyksen kolme vastaukseen, jota ei huomioitu kysymyksen 8 vastauksissa ja kolme vastausta oli jätetty tyhjäksi. Vastauksista tunnistettiin yhteensä 16 siltausyksikköä (Ks. esimerkit taulukko 7) ja ne sillattiin ICF-koodeiksi. ICF-koodien luokitusportaan tasot olivat; I luokitusporras: 0 kpl (0%), II luokitusporras: 4 kpl (25%) ja III luokitusporras: 12 kpl (75%). Vastaukset painottuivat luokitusportaalte III, tyypillisimmän luokitusportaan ollessa III.

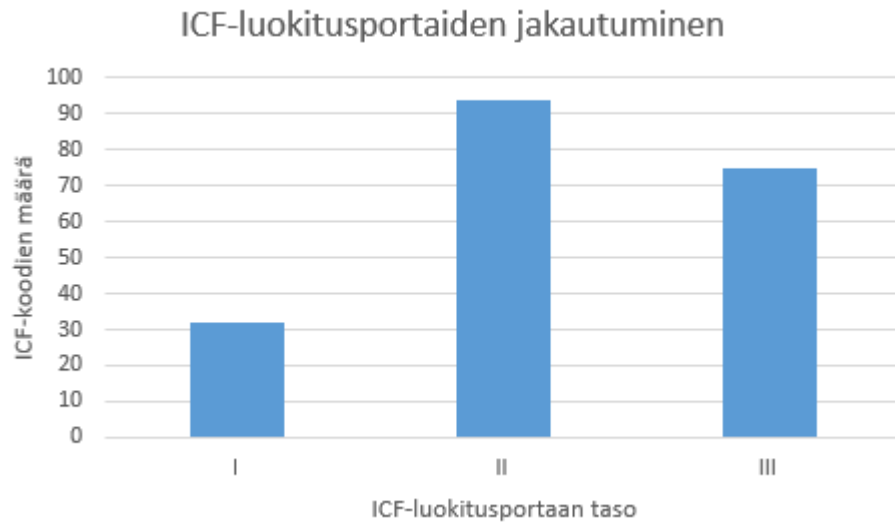
Taulukko 7. Kysymyksen 8 esimerkivastauksia.

Esimerkivastaus	Siltausyksikkö	ICF-koodi	Luokitusporras
Kiinnostus kaukomatkoihin.		pf = yksilötekijä	
Asiakas ei aina muista oikean käden käyttöä.	muisti	B144, muistitoiminnot	II
Toimintaa edistää asiakkaan yhteistyöhalu ja rauhallinen ja ystävällinen asenne.	yhteistyökyky ja ystävällisyys	B1261, miellyttävyys	III

### Yhteenveto toimintakykykuvausten tarkkuudesta

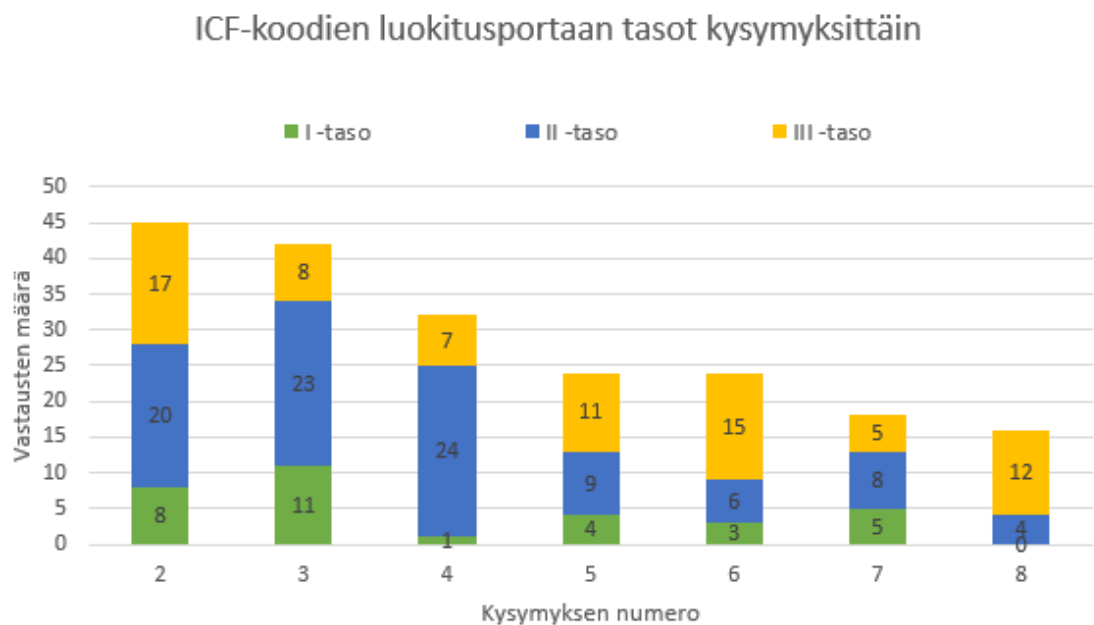
Tutkimusaineiston vastauksista kysymyksiin 2-8 tunnistettiin yhteensä 201 siltausyksikköä, jotka sillattiin ICF-koodeiksi. Vastaukset painottuivat luokitusportaille II ja III, tyypillisimmän luokitusportaan ollessa II. (Ks. kuvio 5) ICF-koodien luokitusportaan tasot olivat; I luokitusporras: 32 kpl (16%), II luokitusporras: 94 kpl (47%) ja III luokitusporras: 75 kpl (37%).





Kuvio 5. Tunnistettujen siltausyksiköiden ICF-koodien luokitusportaan tasojen jakautuminen kysymysten 2-8 osalta (n=201)

Kysymyksien 2, 3, 4, ja 7 vastausten tarkkuus painottui luokitusportaalle II, kun kysymyksien 5, 6 ja 8 vastausten tarkkuus ylettyi luokitusportaalle III. (Ks. kuvio 6)



Kuvio 6. Tunnistettujen siltausyksiköiden ICF-koodien luokitusportaan tasot kysymyksittäin kysymysten 2-8 osalta

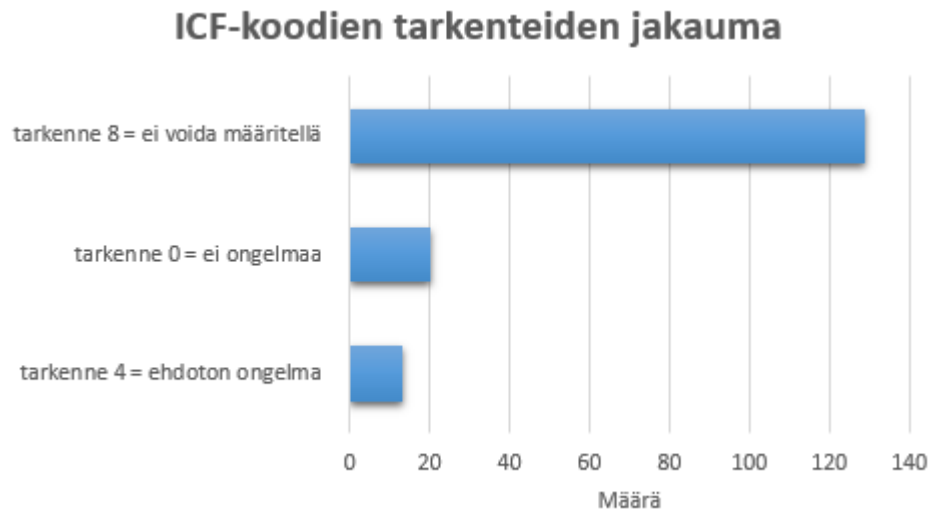
## 5.2 ICF-koodin tarkenteen asettaminen

Tutkimuksessa tarkasteltiin myös, pystyykö ICF-koodille asettamaan tarkenteen tutkimusaineiston perusteella. Havaittiin, että tarkenteen asettaminen ei pääsääntöisesti onnistunut, koska toimintakyvyn tasoa tai ympäristötekijöiden vaikutusta toimintakykyyn ei oltu määritelty siten, että määritelmät olisivat olleet sillattavissa ICF-koodin tarkenteiksi.

Toimintakykyä kuvaavia ICF-koodeja (ICF-luokituksen osan 1, Toimintakyky ja toimintatarajoihteet) oli yhteensä 162 kappaletta, joista esimerkit taulukossa 8. Vain 20% koodeista voitiin asettaa tarkenne, joka täsmentää toimintakykyisyyttä. Tarkenne 4, joka merkitsee ehdotonta toimintakyvyn ongelmaa voitiin asettaa 13 (8%) ICF-koodille. Tarkenne 0, joka merkitsee, ettei toimintakyvyn ongelmaa ole, voitiin asettaa kahteenkymmeneen (12%) ICF-koodiin. Lopuille 129 (80%) ICF-koodille asetettiin tarkenne 8, joka merkitsee, ettei kuvauskohdetta voida määritellä (Ks. kuvio 7).

Taulukko 8. Esimerkkivastauksia toimintakyvyn tarkenteesta.

Esimerkkivastaus	Tarkenne
Asiakas täysin autettava. Ei tuntoa eikä aktiivista liikettä TH1 -tasolta alaspäin.	4 = ehdoton toimintakyvyn ongelma
Kipuaistimus normaali. Lukeminen, kirjoittaminen ja syöminen onnistuvat omatoimisesti.	0 = ei toimintakyvyn ongelmaa
Muisti alentunut. Rakon ja suolen toiminnan häiriöitä. Tasapainon haasteet.	8 = ei määritelty, kuvauskohteesta ei ole riittävästi tietoa, jotta määrittely onnistuisi



Kuvio 7. Asetettujen tarkenteiden jakautuminen toimintakykyä kuvaavien ICF-koodien osalta (n=162)

Ympäristötekijöitä kuvaavia (ICF-luokituksen osan 2, ympäristötekijät) koodeja oli yhteensä 39, joista esimerkkejä taulukossa 9. Ympäristötekijöitä kuvaaviin ICF-koodeihin ei voitu asettaa tarkennetta käyttämällä suositeltua asteikkoa, jossa rajoittavat tekijät luokitellaan asteikolla 0...-4, ja edistävät tekijät asteikolla 0...+4 tai käyttäen tarkennetta ei määriteltävissä 8 tai ei sovellettavissa 9. (WHO 2013, 228) Ympäristötekijöitä kuvaavat ICF-koodit (n=39) pystyttiin kuitenkin jakamaan edistäviin ja rajoittaviin tekijöihin.

Taulukko 9. Esimerkkivastaukset edistävästä ja rajoittavasta ympäristötekijöistä.

Esimerkkivastaus	Ympäristötekijä edistää/rajoittaa
Esteettömät tilat edistävät.	Edistävä ympäristötekijä
Pitkät käytävät (matkat) rajoittavat.	Rajoittava ympäristötekijä

### 5.3 Interventiomallit

Tiedonkeruulomakkeen vastauksina saadut interventiosuositukset lajiteltiin OTIPM-mallin mukaisiin interventioryhmiin ja lajittelun jälkeen tarkasteltiin interventiomallien jakautumista.

### Kysymys 9: Toimintakyky ja -ympäristö sekä asiakkaan tavoitteet huomioiden esi- tän (apuväline)ratkaisuksi?

Tällä kysymyksellä haettiin tietoa kuntoutuksen interventiomalleista, joita on suunniteltu käytettäväksi asiakkaan kuntoutuksessa. Vastaukset lajiteltiin OTIPM -mallin mukaisesti neljään ryhmään: 1) kompensatio, 2) koulutus ja opetus, 3) toiminnallisten taitojen harjoittelu ja 4) yksilötekijöiden ja kehon toimintojen harjoittelu.

Kysymykseen vastasi 12 vastaajaa. Kompensatio tarjottiin interventioksi yhteensä 12 kertaa ja toiminnallisten taitojen harjoittelua sekä yksilötekijöiden ja kehon toimintojen harjoittelua ehdotettiin kerran ja nämä olivat molemmat samassa vastauksessa yhdessä kompensation kanssa. Vastaukset painottuivat kompensatiomallin suositteluun ja esimerkit interventiomalleista löytyvät taulukossa 10.

Taulukko 10. Esimerkkivastaukset ehdotetuista interventiomalleista

Esimerkkivastaus	Interventiomalli
Asiakkaan tarpeiden mukainen pyörätuoli. Kävelyn apuvälineeksi kävelyteline.	Kompensatio
Tällä hetkellä tarvitsee pyörätuolin itsenäisen liikkumisen apuvälineeksi. Tavoitteena on, että pystyisi osastokuntoutumisjakson jälkeen liikkumaan kävellen kodin sisällä ja kodin ulkopuolella pyörätuoli.	Kompensatio Toiminnallisten taitojen harjoittelu Yksilötekijöiden ja kehon toimintojen harjoittelu

## 5.4 Havainnot tiedonkeruumenetelmän kehittämistarpeista

Apuvälinepalveluprosessin kannalta tiedonkeruulomake tuottaa merkityksellistä toimintakykytietoa, mutta raportoidut tiedot jäävät puutteellisiksi ja epätarkoiksi. Lisäksi tiedon vastaanottajan kannalta ongelmia aiheuttaa tiedon analysointivaiheessa tiedonkeruulomakkeen vastaukset, joissa viitataan edellisten kysymysten vastauksiin, jolloin tiedon rakenteisuus häviää.

Opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella tiedonkeruulomakkeen puolistrukturoidut kysymykset eivät sellaisinaan, eivätkä nykyisessä esitysjärjestyksessään, tuota apuvälinepalveluiden käyttöön riittävän tarkkoja toimintakyvyn kuvauksia. Tiedonkeruulomakkeen kysymyksiä ja lomakkeen rakennetta sekä ohjeistusta tulee muokata ja kehittää siten, että tiedonkeruulomake tuottaa apuvälinepalveluiden käyttöön soveltuvaa toimintakykytietoa.

## **6 Pohdinta**

Uuden tiedonkeruumenetelmän kehittäminen ja tutkiminen on ollut haastavaa, mutta samanaikaisesti mielenkiintoista, koska työ on liittynyt molempien opinnäytetyöntekijöiden työnkuvaan. Opinnäytetyönä löydetty tulokset ja niistä tehdyt havainnot ovat vieneet apuvälinepalveluiden tiedonkeruun kehittämistä eteenpäin kohti asetettuja tuloksia.

### **6.1 Muutossuositukset tiedonkeruulomakkeeseen**

Tiedonkeruulomakkeen muutostarpeita pohdittiin tutkimustulosten ja tiedonkeruuvaiheen aikana saadun palautteen perusteella. Pohdinnan tuloksena tiedonkeruulomaketta suositellaan muokattavan kolmesta näkökulmasta: tiedonkeruulomakkeen kysymykset, tiedonkeruulomakkeen täyttämiseen annetut ohjeet ja tiedonkeruulomakkeen viitekehys.

#### **Tiedonkeruulomakkeen kysymykset**

Tiedonkeruuvaiheen aikana saatiin palautetta kysymysten rakenteesta. Palaute koski lähinnä laajojen kysymysten moniosaisuutta. Vastaajat toivoivat kysymysten pilkkomista pienempiin osiin, jolloin kysymykset olisivat vastaajien mukaan helpompi ymmärtää ja väärinkäsityksiltä välttyttäisiin. Tiedonkeruulomakkeen kysymysten kolme ja neljä (kysymysten avulla kartoitettiin ICF-luokituksen osa-aluetta suoritukset) kysymyksiä oli vastaajien kertoman mukaan vaikea ymmärtää, koska saman kysymyksen

sisällä oli monta osakysymystä. Lisäksi kysymyksiä kolme ja neljä oli vastaajien mukaan vaikea erottaa toisistaan. Tuloksissa tämä näyttäytyi siten, että kahdessa kysymyksen neljä vastauksessa viitattiin kysymyksen kolme vastaukseen. Tulosten ja saadun suullisen palautteen perusteella kysymykset kolme ja neljä tulisi pilkkoa pienempiin ja selkeämpiin osiin.

Tiedon vastaanottajan kannalta ongelmia aiheuttivat tiedon analysointi vaiheessa tiedonkeruulomakkeen vastaukset, joissa viitattiin edellisten kysymysten vastauksiin (esimerkkinä kysymyksessä neljä vastaus: "kts kohta 3"), jolloin tiedon rakenteisuus hävisi. Rakenteisella tiedolla tarkoitetaan tietoa, joka on kirjattu ja tallennettu etukäteen sovitun rakenteen mukaisesti, jolloin tallennettua tietoa on tehokasta käsitellä. Rakenteisuus on myös edellytys, että tietoa voidaan hyödyntää ja käyttää edistyneemmin. (Savolainen 2015, 1.) Kysymyspareihin kolme ja neljä sekä kuusi ja seitsemän että kysymykseen kahdeksan tuli vastauksia, jotka eivät vastanneet kysymykseen, vaan vastasivat edelliseen/ jälkimmäiseen kysymykseen tai joissa viitattiin aiempaan vastaukseen. Jatkossa tiedonkeruulomakkeen kysymysten vastaukset tulisi saada oikeiden kysymysten alle, jotta lukija löytäisi nopeasti ja tehokkaasti etsimänsä vastaukset yhdellä vilkaisulla.

Interventiomallia kartoittavan kysymyksen osalta pohdittiin kysymyksen sanamuotoa suhteessa vastaustavoitteeseen ja kysymyksen muotoilun vaikutuksia vastauksiin. Nyt kysymyksessä mainitaan sana "apuväline" eikä muista ratkaisuvaihtoehtoista ei kysyä suoraan.

Tiedonkeruulomakkeesta havaittiin puuttuvan apuvälineen valinnan kannalta olennainen kysymys, joka kartoittaa asiakkaan fyysisiä mittoja (pituus ja paino). Tiedot vaikuttavat apuvälineen valintaan, valittavissa oleviin vaihtoehtoihin ja apuvälineen käytön turvallisuuteen. Lisäkysymystarve ilmeni pohdittaessa tiedonkeruulomakkeen jatkokäyttöä vastaanottotilanteita ennakoitaessa. Puhelimessa varattua sovitusaikaa varattaessa kysytään aina asiakkaan pituus ja paino. Kysymys tulee lisätä tiedonkeruulomakkeen kysymykseksi.

### **Lomakkeen täyttöön annetut ohjeet**

Tiedonkeruulomakkeella raportoidun tiedon sisältöön liittyi kaksi mahdollisesti paremmalla ohjeistuksella ratkaistavaa ongelmaa. Toinen ongelma liittyi toimintakyvyn tason määrittelyyn liittyviin ilmaisuihin ja toinen yksilön toimintakyvyn kuvaukseen ilman yleistyksiä.

Tutkimuksessa tarkasteltiin voiko tutkimusaineiston perusteella asettaa ICF-koodille tarkenteen. Lähtötilanteessa oli olettamus, että tarkenteen asettaminen onnistuu. Tutkimuksen aikana kuitenkin havaittiin, ettei tarkennetta voitu pääsääntöisesti asettaa, koska toimintakyvyn tasoa ja kontekstuaalisia tekijöitä kuvaavat määritelmät eivät olleet sillattavissa ICF-koodin tarkenteiksi. (Ks. liite 5.) Ainoastaan tieto siitä, oliko toimintakyvyssä ongelmaa vai ei, voitiin selvittää tutkimusaineiston perusteella, mutta tarkempaa ICF-luokituksen mukaista toimintakyvyn tason tarkennetta ei voitu pääsääntöisesti asettaa. Kun ICF-koodille ei voida asettaa tarkennetta, sen informaatioarvo yksilön toimintakyvyn suhteen katoaa. Apuvälinepalveluissa tarvitaan apuvälinetarpeen arvioinnin onnistumiseksi tietoa yksilön toimintakyvystä. Ilman ICF-koodin tarkennetta edes luokitusportaan tarkkuutta III-IV oleva ICF-koodi ei kerro yksilön toimintakyvyn tasosta (WHO 2013, 217-218).

Tiedonkeruulomakkeen ohjeisiin tulisi lisätä kohta, joka ohjaa konkreettisesti vastaajaa tarkentamaan kuvausta asiakkaan toimintakyvystä ja ohjaa vastaajaa käyttämään raportoinnissa, ICF-luokituksen mukaisia, toiminnallisen ongelman tasoa tarkentavia ilmaisuja: ei ongelmaa tai lievä, kohtalainen, vaikea tai ehdoton ongelma. Lisäksi vastaajaa tulisi ohjeistaa kuvailemaan toiminnan laatua mahdollisimman tarkasti myös onnistuneen toiminnan osalta, sillä tiedonkeruulomakkeen kysymysten tavoitteena on tuottaa yksityiskohtaista tietoa sekä asiakkaan suoritustasosta (mitä asiakas tekee) että suorituskyvystä (mitä asiakas kykenee tekemään) (Hautala ym. 2017, 322). Suorituskyvyn ja suoritustason vertailun mahdollisuus antaa apuvälinepalveluiden näkökulmasta mahdollisuuden pohtia entistä tarkemmin apuvälineratkaisuja ja niiden vaikutuksia asiakkaan toimintakykyyn (WHO 2013, 225).

ICF-luokituksen käytön eettisissä ohjeissa ohjataan tarkastelemaan jokaista ICF-koodattavaa henkilöä yksilönä. Myöskään samankaltaisen ICF-luokituksen saaneista henkilöistä pidä tehdä yleistyksiä henkilöryhmänä, joiden toimintakyvyn tasoa luokitellaan, vaan ICF-koodattavia henkilöitä tulee aina käsitellä yksilöinä (WHO 2013, 240). Tiedonkeruulomakkeen vastauksissa on viitattu asiakkaan diagnoosiin toimintakykyä raportoidessa, tarkentamatta asiakkaan yksilöllistä toimintakyvyn tasoa. Esimerkkinä vastaus kysymykseen kaksi: ”oik. hemiplegia + afasia”. Diagnoosiin perustuva raportointi johtaa herkästi liiallisiin yleistyksiin tai olettamuksiin asiakkaan toimintakyvystä, jolloin asiakkaan yksilöllinen toimintakyvyn taso ei välity tiedon vastaanottajalle.

### **Tiedonkeruumenetelmän viitekehys**

Tiedonkeruulomakkeen tutkimusversion rakenne muodostui valmiiden puhelinpalveluun luotujen ICF-luokitukseen perustuvien haastattelukysymysten ympärille, niiden rakennetta tai järjestystä muuttamatta. Tarve tiedonkeruulomakkeen rakenteen analysointiin heräsi, kun tutkimuksen tuloksissa havaittiin, että ICF-koodiin ei pystytty asettamaan tarkennetta käytettävissä olevan tutkimusaineiston perusteella. Tarkenteen asettamisen haaste ajoi pohtimaan tiedonkeruulomakkeen rakenteen vaikutusta tiedonkeruuprosessiin. Weinstock-Zlotnick ja Hinojosa (2017) ovat tarkastelleet tutkimuksessaan arvioinnin menetelmän, painopisteen sekä lähestymistavan vaikutuksia ja ovat todenneet niiden vaikuttavan toiminnan tuloksiin.

Pohdinnan tuloksena todettiin, että ICF-luokituksen vuorovaikutussuhteisiin perustuva puhelinhaastattelukysymysten rakenne ei ohjaa tarvittavalla tavalla tiedonkeruuprosessia. ICF-luokituksen vuorovaikutussuhteiden malli havainnollistaa kontekstuaalisten tekijöiden ja terveydentilan vuorovaikutussuhteita toimintakykyyn ja tuo esille toimintakykyä kannattelevat ja toimintakykyä laskevat tekijät, mutta se ei vaiheista prosessin etenemistä, eikä anna näkökulmaa, josta toimintakykyä tarkastellaan. Ja vaikka ICF-luokitus strukturoi toimintakyvyn raportointia antamalla käyttöön



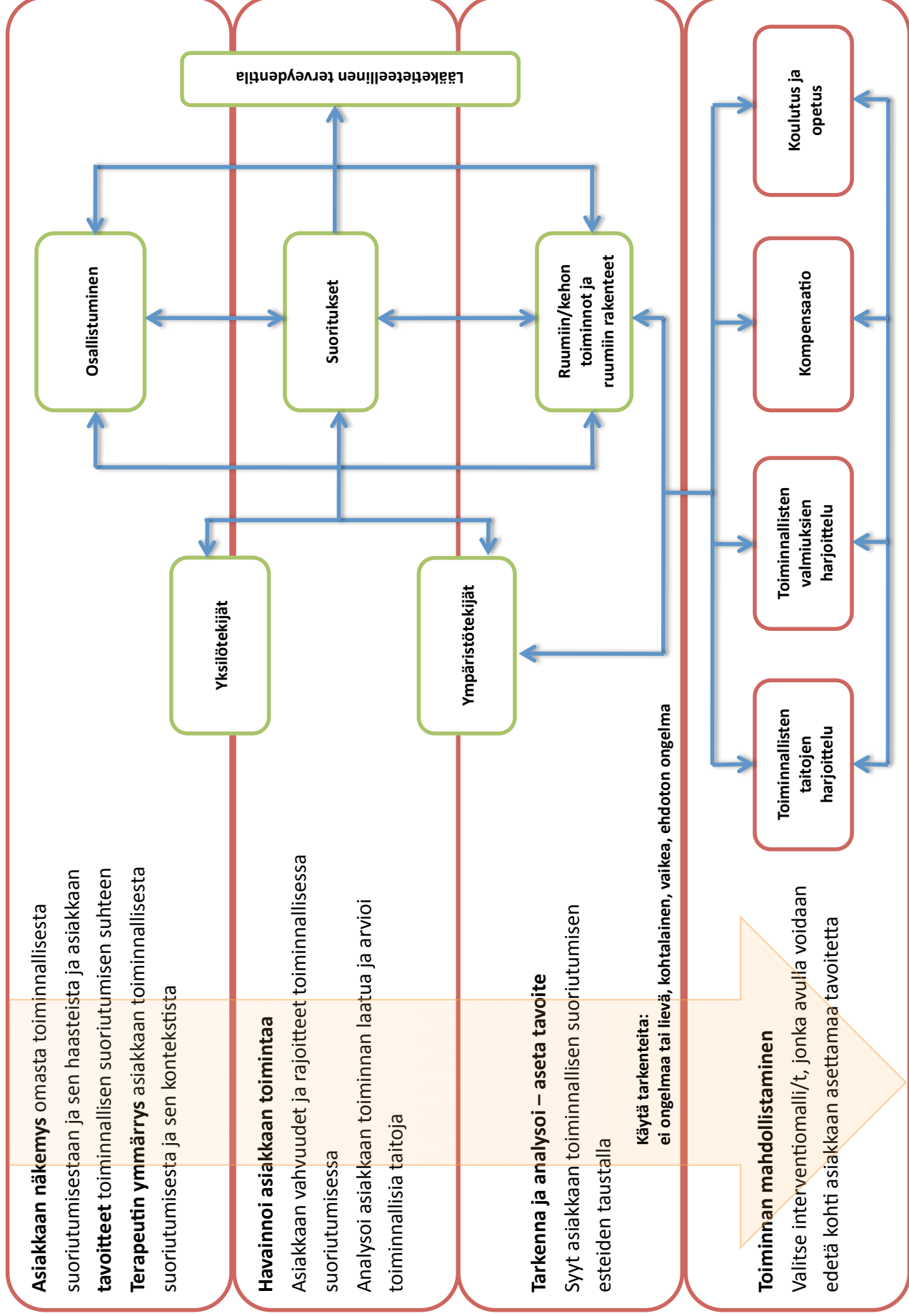
yhteiset toimintakykykäsitteet ja käsitteiden hierarkkisuuden kautta mahdollistaa toimintakykykuvausten tarkentamisen tarvittavalle tasolle, sekään ei ohjaa prosessia eikä arvioinnin näkökulmaa.

Tarkenteen asettamisen ongelmaan, jonka oletettiin johtuvan ainakin osittain tiedonkeruulomakkeen rakenteesta, pyrittiin löytämään ratkaisu pohtien, miten tiedonkeruulomakkeen toisena viitekehyksenä olevaa OTIMP-mallia voisi hyödyntää tehokkaammin. Fisherin (2009, 6-7) OTIMP-mallissa korostuvan top-down -näkökulman painottamisella uskottiin olevan merkittävä vaikutus tiedonkeruuprosessiin. Top-down-näkökulmasta tehty toimintakyvyn arviointiprosessi painottaa asiakaskeskeyttä sekä yleisestä yksityiskohtiin etenevää arviointijärjestystä. Toimintakykyä arvioidaan asiakkaan asettamien toiminnallisten tavoitteiden näkökulmasta painottaen toiminnan laadun arviointia. Toiminnan laadun arvioinnin tarkoituksena on tarkentaa, onko asiakkaan toiminta itsenäistä, tehokasta ja turvallista ja tapahtuuko se ilman ponnisteluja. Esimerkiksi vaikka tiedetään esimerkiksi pukeutumisen olevan haastavaa, ei vielä tiedetä, miten pukeutuminen sujuu tai mikä siitä tekee haasteellista. Arviointiprosessin lopullisena tavoitteena on toiminnan laadun analysoinnin jälkeen pyrkiä selvittämään syyt haasteiden takana (Kantanen 2016) ja löytää keinot, joilla asiakkaan toiminnalliseen suoriutumiseen voidaan vaikuttaa tehokkaimmin. ICF- koodin tarkenteen asettaminen vastaa osittain OTIMP-mallissa suoritettavaa toiminnan laadun arviointia. Molemmissa prosesseissa tavoitteena on määritellä tarkasti toiminnassa havaitun ongelman vaikutus yksilön toimintakykyyn.

ICF-luokituksen hierarkkisuus mahdollistaa toimintakyvyn arvioinnin OTIMP-mallin mukaisessa yleisestä yksityiskohtiin etenevän järjestyksen ja ICF-luokituksen vuorovaikutussuhteita suhteita kuvaavan mallin avulla voidaan analysoida syitä toiminnan laadussa havaittujen ongelmien taustalla. Se, ettei ICF-luokitus ohjaa toimintakyvyn arvioinnin näkökulmaa on ICF-luokituksen heikkous tiedonkeruulomakkeen rakenteen näkökulmasta. Yhdistämällä ICF-luokitus ja OTIMP -malli saadaan aikaa rakenne, joka ohjaa tarkastelemaan toimintakykyä top-down -näkökulman periaatteita noudattaen ja samalla hyödyntäen ICF-luokituksen hierarkkisuutta ja luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteiden mallin kykyä kuvata yksilön toimintakykyä kokonaisvaltaisena tilana.

ICF-koodin tarkenteen asettamisen haasteeseen voidaan mahdollisesti löytää ratkaisu järjestämällä tiedonkeruulomakkeen kysymykset uudelleen Fisherin (2009) OTIPM-mallin mukaisesti top-down -näkökulmaa painottaen (Ks. kuvio 8). Tiedonkeruulomakkeen kysymyksiin vastaaminen yhdessä asiakkaan kanssa on olennainen osa top-down -näkökulman toteutusta, tätä korostavat myös Griswold, Kottorp & Fisher artikkelissaan *Validity of a New Tool for Assessing the Discrepancy Between Observed and Self-Reported Quality of Social Interaction*.

Top-down -näkökulman mukaisesti asiakkaan toiminnallisen suoriutumisen tarpeet ja toiveet sekä asiakkaan näkemys omasta toiminnallisen suoriutumisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä tulisi kartoittaa ensimmäisenä (kysymykset 5, 8 ja 1) ja vasta tämän jälkeen tulisi siirtyä toiminnallisen suoriutumisen havainnointiin (kysymykset 3 ja 4) ja toiminnallista suoriutumista edistävien ja rajoittavien tekijöiden täsmentämiseen (kysymykset 2, 6, 7). Top-down -näkökulma sitoo havaitut toiminnalliset ongelmat ja niiden vaikutukset yksilön toiminnalliseen suoriutumiseen, yksilön tarpeiden ja toiveiden mukaisissa toiminnoissa. OTIPM-mallin mukaisella kysymysjärjestyksellä voidaan mahdollisesti myös ohjata ammattilaisia pohtimaan interventiomallin valintaa toiminnallisen suoriutumisen laadun arvioinnin jälkeen tapahtuvan toimintakyvyn haasteiden syy analyysiin avulla.



Kuvio 8. Tiedonkeruulomakkeen uusi rakenne. Viitekehysenä OTIPM & ICF – integraatio Kuisma & Valtonen 2018 (muokattu Fisher 2009 & WHO 2013)

## 6.2 Näyttöön perustuvat toimintakäytännöt

Opinnäytetyön tavoitteena oli mahdollistaa tiedonkeruulomakkeen tutkimusversion kehittämisen apuvälinepalveluiden raportoinnin ja tiedonkeruun työvälineeksi tutkimustuloksia hyödyntäen. Opinnäytetyö on tuottanut tärkeää tietoa siitä, kuinka tarkkaa toimintakyvyn kuvausta puhelinneuvontaan luodut kysymykset tuottavat opinnäytetyön tutkimusasetelman mukaisessa ympäristössä. Opinnäytetyön tulosten ja tuloksiin perustuvien muutosehdotusten avulla tiedonkeruulomake voidaan työstää käyttöön otettavaksi työvälineeksi.

Näyttöön perustuva toiminta lisää toiminnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta sekä yhtenäistää palveluita yhtenäistämällä henkilöstön toimintaa. Tällöin samassa tilanteessa olevat asiakkaat saavat saman tasoista hoitoa ja palvelua. (STM 2009, 53-54, 57-58.) Opinnäytetyön aikana on pyritty kohti toimeksiantajan tavoitetta, käyttää tiedonkeruulomaketta jatkossa moniammatillisesti, koska yhteisen kielen ja termistön käyttäminen on ajankohtaista sosiaali- ja terveysalalla moniammatillisissa työryhmissä. Toimintatapojen ja kielen yhtenäistämällä pyritään terveydenhuoltolain (L1326/2010, 8 §) velvoittamaan laadukkaaseen, turvalliseen ja asianmukaisesti toteutettuun terveydenhuoltoon, jossa käytetyt hoito- ja toimintakäytännöt perustuvat tutkimusnäyttöön (Hoitotyön tutkimussäätiö 2018).

Opinnäytetyön aloittama prosessi jatkuu syksyllä 2018 alkavan Apuvälinepalveluiden lähitoiminnan kehittäminen asiakkaan toimintakykyä ja osallisuutta vahvistaen -hankkeen myötä. Hankkeen tavoitteena on luoda malli, jonka avulla asiakkaan apuvälinetarpeen arviointi ja apuvälineen luovutus tapahtuvat yhden arvion periaatteella lisäämällä kotihoidossa toimivien fysio- ja toimintaterapeuttien sekä hoitajien valmiuksia ja oikeuksia toteuttaa apuvälinepalveluja hankkeen aikana kasvavan apuvälineosaamisen myötä. Hankkeen yhtenä osana on pilotoida tiedonkeruulomake apuvälinepalveluprosessin työvälineeksi. Hankkeen aikana tiedonkeruulomake pyritään viemään sähköiseen muotoon, jotta sen käyttö olisi sujuvaa ja lomake olisi kaikkien saatavilla kaupungin verkossa.

### 6.3 Tutkimuksen pätevyys

Tutkimuksen lähtötilanteen tutkimusasetelma määriteltiin siten, että tiedonkeruulomakkeella kerättyjen toimintakykykuvausten tarkkuutta analysointiin tarkastelemalla ICF-koodeiksi sillattujen toimintakykykuvausten ICF-koodien tarkkuutta vertaamalla siltaustuloksia ICF -luokituksen luokitusportaisiin (I-IV), tiedon käyttötarkoitus huomioiden. Tutkimusasetelma perustui tietoon, jonka mukaan ICF-luokituksen yksityiskohdasta IV portaan luokitustasoa käytetään pääsääntöisesti erikoissairaanhoidon palvelujen piirissä (esim. kuntoutus, mielenterveys ja geriatria), kun väestötutkimuksissa ja terveydenhuollon toiminnan tuloksellisuuden arvioinnissa käytetään II portaan luokitustasoa. (WHO 2007, 216.) Apuvälinepalvelut ovat osa lääkinällistä kuntoutusta, joten voidaan olettaa, että apuvälinepalveluissa tarvittavan toimintakykytiedon tarkkuus tulisi olla vähintään III-luokitusportaan tasolla.

Validiteetti eli pätevyys ilmaisee sen, onko tutkimuksella mitattu sitä mitä on ollut tarkoitus mitata. (Hirsjärvi ym. 2016, 231.) Tutkimusasetelmassa painottui ICF-koodin luokitusportaan tarkkuuden analysointi. Tutkimustulosten perusteella, edes ICF-luokituksen III-IV- luokitusportaan tasoinen toimintakykytieto ei yksistään riitä kertomaan yksilön toimintakyvystä, sillä ilman ICF-koodin tarkennetta, toimintakykytietoa ei voida hyödyntää yksilötasolla.

Tutkimuksessa havaittiin, ettei ICF-koodin tarkennetta voitu pääsääntöisesti asettaa tutkimusaineiston perusteella, koska toimintakyvyn tasoa kuvaavat sanalliset määritelmät eivät olleet sillattavissa ICF-koodin tarkenteiksi. Näiden tulosten perusteella tiedonkeruulomakkeen toimintakykykuvausten toimintakykytiedon tarkkuuden analysoinnin kannalta on tärkeää painottaa ICF-koodin tarkenteen merkitystä, sillä apuvälinepalveluissa ollaan kiinnostuneita yksilön toimintakyvystä, joka mahdollistaa apuvälinetarpeen arvioinnin. Tutkimusasetelma tuotti sitä tietoa, mitä lähtöoletusten perusteella oli tarkoitus tuottaa, mutta tuotettujen tietojen painotusta on tutkimustulosten perusteella syytä pohtia jatkotutkimusten osalta tarkemmin.

## 6.4 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen tutkimusaineisto ja sen valmistelu analysointia varten edustivat laadullista eli kvalitatiivista tutkimustapaa. Kun taas aineiston analysoinnissa käytettiin määrällisiä eli kvantitatiivisia menetelmiä huomioiden analysoitavan tiedon laadullinen alkuperä, käsittelemällä aineistoa massana ja tuloksia suuntaa antavana.

Kerätty tutkimusaineisto (toimintakykytieto ja interventiovaihtoehdot) käsiteltiin mahdollisimman neutraalisti ja tiedon sisältöön kantaa ottamatta. Siltaaminen ICF-koodeiksi sekä lajittelu interventiorhyymiin tapahtui vaiheittaisesti molempien tekijöiden toimiessa ensin itsenäisesti. Vaiheittaisella menettelytavalla haettiin koodaamisen ja lajitteluun luottavuutta eli reliabiliteettia.

Opinnäytetyön analyysia ohjasivat asetetut tutkimuskysymykset ja teoreettinen taustatieto. Tulosten raportointi on pyritty pitämään mahdollisimman puolueettomana ja avoimena, mikä näkyy muun muassa tulosten raportoinnissa, johon on nostettu esimerkkivastauksia tiedonkeruulomakkeen vastauksista, tasapuolisesti monilta eri vastaajilta. Lisäksi tutkimuksen kulku on pyritty dokumentoimaan tarkasti, jotta tutkimus voitaisiin tarvittaessa toistaa.

## 6.5 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen aikana pyrittiin vastuulliseen tutkimustapaan tutkimukseen osallistuneiden yksityisyyttä kunnioittaen. Ennen tutkimuksen aloitusta haettiin tutkimukselle lupa Helsingin sosiaali- ja terveystoimialan sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelujen johtajalta, toimialan antamien ohjeiden mukaisesti. Tutkimuksesta ei aiheutunut tutkittaville haittaa. Tutkimuksessa ei suoritettu fyysisiä toimenpiteitä tutkittaville asiakkaille, vaan tiedonkeruulomakkeen tutkimusversiota käytettiin kirjallisen tutkimusaineiston keräämiseen, keräämällä tiedonkeruulomakkeen avulla tietoa asiakkaiden toimintakyvystä ilman asiakkaiden tunnistetietoja. Jokainen tutkimukseen osallistunut sai aluksi tiedotteen tutkimuksesta, jonka he allekirjoittivat ennen tutkimukseen

osallistumista. Tiedotteessa kerrottiin tutkimuksen tausta ja tavoitteet ja vaikutukset tutkittavaan sekä osallistumisen vapaaehtoisuudesta läpi tutkimuksen. Itse tiedonkeruulomakkeen ohjeissa ammattilaisille painotettiin asiakkaan tunnistetietojen (nimi, sosiaaliturvatunnus, osoite, nainen/ mies) salausta ja lomakkeen täyttäjän taustatiedoista kerättiin vain tutkimuksen kannalta oleellinen ilman että vastaajaa voi tunnistaa. Kerättyä tutkimusaineistoa säilytettiin asianmukaisesti ja kerätyt tiedonkeruu- ja suostumuslomakkeet tuhotaan opinnäytetyön julkistamisen jälkeen.

Asiakkaan toimintakykyä kuvaavaa tekstiä ei enää käsitelty tekstimuodossa ICF-koodeiksi siltaamisen jälkeen. Tämän jälkeen tutkimusaineisto muodostui ICF-koodeista, joista asiakasta ei pysty tunnistamaan. Lisäksi aineistoa käsiteltiin siten, että kaikki tiedonkeruulomakkeen kysymysten vastaukset käsiteltiin yhtenä massana, jolloin yhden yksilön tiedot hajautuivat tunnistamattomiin paloihin tutkimustulosten osalta. Tutkimusprosessin aikana noudatettiin ICF-luokituksen käytöstä annettuja eettisiä ohjeita. OTIPM-mallin mukaan lajiteltu interventiotieto käsiteltiin myös numeerisena massana.

## 6.6 Jatkokehittämis- ja tutkimusehdotukset

Tutkimustulosten ja pohdinnan perusteella suositellaan jatkokehittämis- ja tutkimusehdotuksiksi seuraavia aiheita:

### **Tiedonkeruulomakkeen rakenteen yleinen käyttö**

Opinnäytetyön tulosten perusteella ehdotettu tiedonkeruulomakkeen uusi rakenne voisi mahdollisesti olla sovellettavissa yleisesti lääkinnällisen kuntoutuksen tiedonkeruun ja raportoinnin rakenteeksi. Rakenteen tavoitteena on ohjata ammattilaisia sekä OTIPM-mallin mukaiseen asiakaskeskeiseen työskentelyyn että käyttämään ICF-luokituksen mukaisia käsitteitä toimintakykytiedolle. Yhteinen kieli sekä tiedonkeruun ja raportoinnin yhteinen rakenne voisi tukea asiakkaan kuntoutuksen suunnittelua ja arviointia sekä dokumentointia. (Madden & Bundy 2018.) Tiedonkeruulomakkeen uuden rakenteen tutkiminen moniammatillisessa käytössä olisi tarpeellista ja

mielenkiintoista, sillä tiedonkeruulomakkeen yhteiskäyttö voisi tiivistää ammattilaisten yhteistyötä ja kuntoutuksen suunnittelua asiakaslähtöisemmäksi. Tällä hetkellä monet ammattilaiset tekevät samanaikaisesti asiakkaan kanssa töitä tietämättä muiden ammattilaisen tavoitteista ja tekemästä työstä, jolloin päällekkäisyyttä syntyy tämän takia.

### **Toimintakykytiedon tuottaminen ja käyttäminen**

Tutkimustuloksissa korostui asiakkaan toiminnallisen suoriutumisen laadun raportoinnin merkitys, joka on olennaista, jotta toimintakykytieto olisi hyödynnettävissä asiakkaan hoito- ja palveluprosessien aikana. Toiminnallisen suoriutumisen laadun raportoinnin tavoitteena on täsmentää kuvausta asiakkaan toiminnallisesta suoriutumisesta ja tarkentaa onko asiakkaan toiminta itsenäistä, tehokasta ja turvallista ja tapahtuuko se ilman ponnisteluja. (Kantanen 2016.) Tähän päästään havainnoimalla asiakkaan toimintaa kokonaisuuksina, sen sijaan että toimintaa arvioitaisiin irrallisina suorituskomponentteina (Polatajko, Mandich & Martini 2000). Tämä tulisi jatkossa huomioida sekä nykyisten ammattilaisten kirjaamista ohjaavissa ohjeistuksissa että tulevien ammattilaisten koulutuksessa. Olisi myös syytä pysähtyä pohtimaan toimintakyvyn raportoinnin laadun vaikutuksia asiakkaan saamaan hoitoon ja palveluihin.

### **Ydinlistat**

ICF-ydinlistoja on kehitetty helpottamaan ja mahdollistamaan ICF-luokituksen käyttöä. Ydinlistoja voidaan käyttää muistilistoina niistä toimintakyvyn kuvauskohteista, jotka tulisi arvioida asiakkaan sairauteen tai tilanteeseen liittyen. Ydinlistoissa on käytössä minimimäärä ICF-kohteita kuvaamaan toimintakykyä tietyn sairauden tai taudin seurauksena. (THL 2018) Opinnäytetyöprosessin aikana kertyi tietoa usein toistuvista apuvälineen tarpeen arviointiin ja apuvälineen valintaan liittyvistä ICF kuvauskohteista. Tätä voisi jatko työstää sillä apuvälinepalveluiden tarpeisiin suunnattu kuntoutuksen ydinlista helpottaisi ICF-luokituksen käyttöä apuvälinepalveluissa.



## Lähteet

Anttila, H. & Peurala, S. 2014. Siltausmenetelmä kääntää toimintakykyyn liittyvän tiedon ICF-luokitukseen. Siltaustyöpaja. Esitys perustuu ICF ResearchBranchinaineistoihin.

Burger, H. 2011. Can the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) be used in a prosthetics and orthotics outpatient clinic? Prosthetics and Orthotics International. Reprints and permissions: sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav. Viitattu 16.8.2018. <https://doi.org/10.1177/0309364611418019>

Cieza, A., Fayed, N., Bickenbach, J. & Prodinger, B. 2016. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. Disability and rehabilitation.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere.

Fisher, A. G. 2009. Occupational Therapy Intervention Process Model. A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupation-based Interventions. Fort Collins, Colorado: Three Star Press, Inc.

Fisher, A. G. 2013. Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? Scandinavian Journal of Occupational Therapy. Viitattu 17.8.2018. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.952912>

Griswold, L., Kottorp, A. & Fisher, A. 2015. Validity of a New Tool for Assessing the Discrepancy Between Observed and Self-Reported Quality of Social Interaction. American Journal of Occupational Therapy. Viitattu 19.8.2018. doi:10.5014/ajot.2015.69S1-RP205A

Hautala, T., Hämäläinen, T., Mäkelä, L., Rusi-Pyykkönen, M. 2017. Toiminnan voimaa toimintaterapia käytännössä. Porvoo: Bookwell Oy.

Helsingin Sosiaali- ja terveysvirasto 2016. Helsingin Sosiaali- ja terveysviraston apuvälinetoiminnan ja HUS Apuvälinekeskuksen yhdistämisen mahdollisuudet. Selvitystyöryhmän raportti eduista ja riskeistä.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. 21. p. Helsinki. Tammi.

Hoitotyön tutkimussäätiö 2018. Näyttöön perustuva toiminta. Vaikuttavuutta terveydenhuoltoon. Viitattu 12.8.2018. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>

ICF-koulutus 13.-14.5.2014. Materiaalikansio. Kela, THL, ICF Research Branch.

Kantanen, M. 2016. OTIPM-malli. Sähköpostiviesti 26.9.2016. Vastaanottaja J. Kuisma. Keskustelua OTIPM-mallista.

Madden, R.H. & Bundy, A. 2018. The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. Disability and Rehabilitation. Taylor & Francis Group. Viitattu 19.3.2018. <http://www.tandfonline.com/loi/idre20>

- Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. laitos 2. korjattu painos. Jyväskylä Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nurmi-Koikkalainen, P. & Anttila, H. 2017. Viitattu 5.9.2017.  
<https://www.slideshare.net/THLfi/1-nurmi-koikkalainenjaanttilakansainvliset-kuulumiset-icf-icd-ichi-ja-vammaisyleissopimus04092017>
- Polatajko, H., Angela Mandich, A. & Martini, R. 2000. Dynamic Performance Analysis: A Framework for Understanding Occupational Performance. American Journal of Occupational Therapy. Viitattu 16.8.2018. doi:10.5014/ajot.54.1.65
- Prodinger, B., Reinhardt, J., Selb, M., Stucki, G., Yan, T., Zhang, X. & Li, J. 2016. Towards system-wide implementation of international classification of functioning, disability and health (ICF) in routine practice: developing simple, intuitive descriptions of ICF categories in the ICF generic and rehabilitation set. J Rehabil Med 2016; 48: 505-514.
- Salminen, A-L. 2010. Apuvälinekirja. Oppimateriaalikeskus Opik. Kouvola.
- Savolainen, T. 2015. Apuvälineisiin ja kuntoutukseen liittyvän tiedon rakenteinen kirjaaminen. Kuntaliitto. Viitattu 13.6.2018.  
[https://thl.fi/documents/974257/1844758/Apuvalineisiin\\_ja\\_kuntoutukseen\\_liittyva\\_n\\_tiedon\\_rakenteinen\\_kirjaaminen\\_Savolainen.pdf/cea7afcc-9a7d-4a1e-8ca5-491241d9afd4](https://thl.fi/documents/974257/1844758/Apuvalineisiin_ja_kuntoutukseen_liittyva_n_tiedon_rakenteinen_kirjaaminen_Savolainen.pdf/cea7afcc-9a7d-4a1e-8ca5-491241d9afd4)
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2003. Apuvälinepalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:7. Viitattu 16.8.2018.  
[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69969/opas03\\_7.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69969/opas03_7.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön Toimintaohjelma 2009 – 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Viitattu 11.8.2018.  
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN:NBN:fi-fe201504226780.pdf?sequence=1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2013. Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinekäytännöt asumispalveluyksiköissä. Viitattu 4.8.2018.  
[https://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/hjalpmedelspraxis-for-medicinsk-rehabilitering-i-boendeserviceenheter](https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hjalpmedelspraxis-for-medicinsk-rehabilitering-i-boendeserviceenheter)
- Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asetus (1363/2011) lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta. Viitattu 28.5.2017  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20111363>
- Stube, J. 2016. The COMPACT: A New OT Assessment—A Mixed-Methods Study. American Journal of Occupational Therapy. Viitattu 16.8.2018.  
doi:10.5014/ajot.2016.70S1-PO6022
- Stucki, G., Prodinger, G. & Bickenbach, J. 2017. Four steps to follow when documenting functioning with the International classification of Functioning, Disability and Health. Edizioni Minerva Medica 2017. European Journal of physical and rehabilitation medicine. February 2017.

Suomen Kuntaliitto 2004. Apuvälinepalvelunimikkeistö - opas terveydenhuoltoon. Helsinki.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 4.8.2018.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8a>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Toimia ryhmän kirje 31.5.2017.

Asiantuntijaryhmä: Toimintakykytiedon tuottamisessa ja käyttämisessä vakavia puutteita. Viitattu 31.7.2018.

[https://thl.fi/documents/10531/2671150/toimintakyky\\_kirje\\_ministereille\\_2017.pdf/c02b873e-2ec8-464c-8921-2a00d0267a10](https://thl.fi/documents/10531/2671150/toimintakyky_kirje_ministereille_2017.pdf/c02b873e-2ec8-464c-8921-2a00d0267a10)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018. Toimintakyky. Viitattu 5.8.2018.

<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky>

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet.

Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki. Viitattu 11.6.2018. <http://docplayer.fi/2117-Hanna-vilkka-tutki-ja-mittaa-maarallisen-tutkimuksen-perusteet.html>

Weinstock-Zlotnick, G. & Hinojosa, J. 2017. Bottom-Up or Top-Down Evaluation: Is One Better Than the Other? The American Journal of Occupational Therapy. Viitattu 15.8.2018.

<https://pdfs.semanticscholar.org/2338/e97ac3b7099db17d2a495499dbc6a92d9570.pdf>

WHO ja Stakes 2007. ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

WHO ja Stakes 2013. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

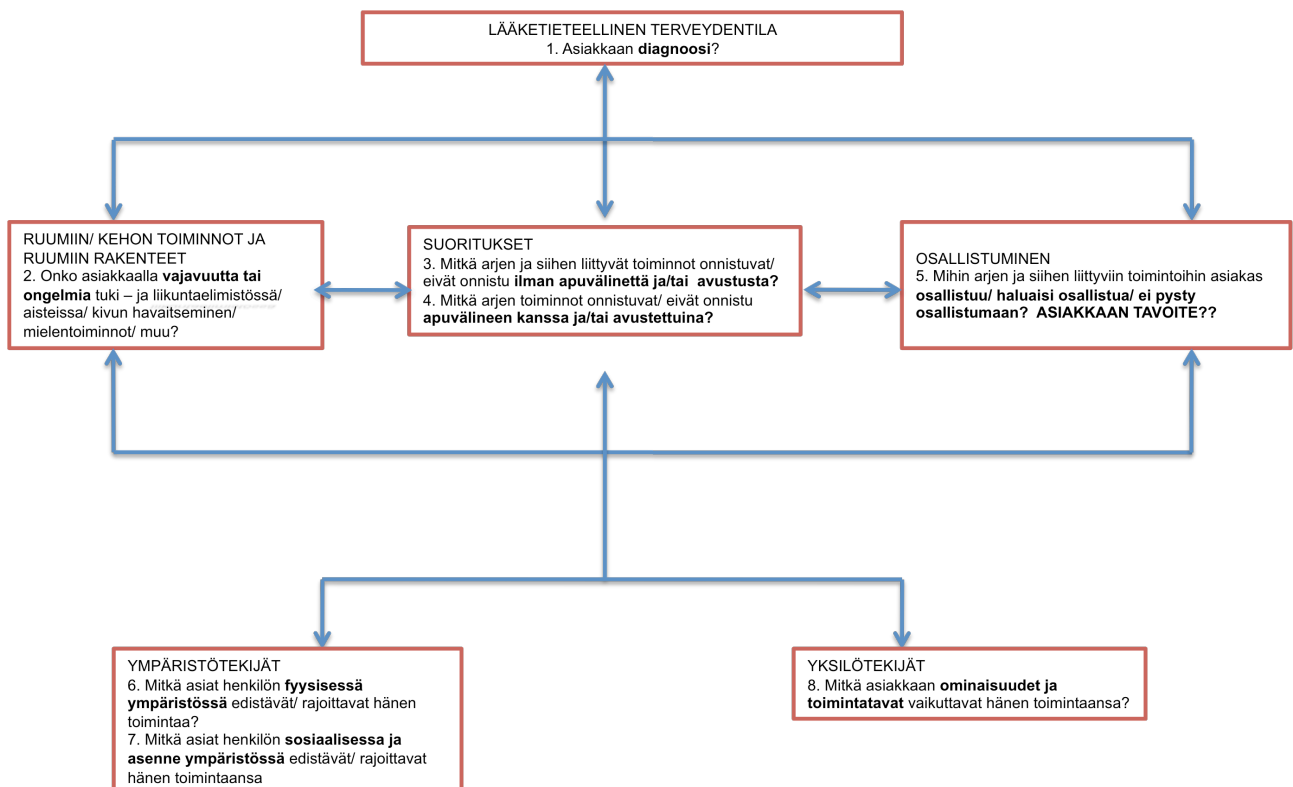
WHO ja Stakes 2014. ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Taskukirja. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

# TIEDONKERUULOMAKE

Toimintakykytiedon keräämiseen asiakkaan apuvälinetarpeen arvioinnin tueksi.

<b>Päivämäärä</b>	
<b>Vastaajan ammattinimike</b>	
<b>Vastaajan koulutus</b>	
<b>Koulutusta vastaava työkokemus vuosina</b>	

Vastaa mahdollisimman tarkasti ja kattavasti kaikkiin kysymyksiin seuraaville sivuille. Ethän käytä asiakkaan tunnistetietoja (nimi, sosiaalitytunnus, osoite, nainen/ mies) vaan käytä sanaa asiakas/ potilas.



ICF - luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (WHO ja Stakes 2007, muokattu)

**1. Asiakkaan diagnoosi?**

**2. Onko asiakkaalla vajavuutta tai ongelmia tuki - ja liikuntaelimistössä/ aisteissa/ kivun havaitsemisessa/ mielentoiminnoissa/ muussa?**

**3. Mitkä arjen ja siihen liittyvät toiminnot onnistuvat/ eivät onnistu ilman apuvälinettä ja/tai avustusta?**

**4. Mitkä arjen toiminnot onnistuvat/ eivät onnistu apuvälineen kanssa ja/tai avustettuina?**

**5. Mihin arjen ja siihen liittyviin toimintoihin asiakas osallistuu/ haluaisi osallistua/ ei pysty osallistumaan? ASIAKKAAN TAVOITE??**

**6. Mitkä asiat henkilön fyysisessä ympäristössä edistävät/ rajoittavat hänen toimintaansa?**

**7. Mitkä asiat henkilön sosiaalisessa ja asenne ympäristössä edistävät/ rajoittavat hänen toimintaansa?**

**8. Mitkä asiakkaan ominaisuudet ja toimintatavat vaikuttavat hänen toimintaansa?**

**9. Toimintakyky ja -ympäristö sekä asiakkaan tavoitteet huomioiden esitän (apuväline)ratkaisuksi:**

Liite 2. Tutkimuslupa (poistettu arkistointiversiosta)





Liite 3. Saatekirje

## Hyvä vastaanottaja!

Olemme kaksi toimintaterapian koulutusohjelman opiskelijaa Jyväskylän ammattikorkeakoulusta ja arvioimme opinnäytetyössämme apuvälinepalveluihin luotua ICF-sovellukseen perustuvaa tiedonkeruulomaketta. Toivomme, että voisitte vastata liitteenä tulevan lomakkeen kysymyksiin.

**Tutkimuskohde:** Apuvälinepalveluihin luodun ICF-sovellukseen perustuvan tiedonkeruulomakkeen arviointi.

**Ohje:**

Vastaa mahdollisimman tarkasti ja kattavasti kaikkiin kysymyksiin.

Ethän käytä asiakkaan tunnistetietoja (nimi, sosiaaliturvatus, osoite, nainen/ mies) vaan käytä sanaa asiakas/ potilas.

Liitteenä sekä tutkimuskaavake että asiakkaan suostumuslomake.

Ota molemmat lomakkeet täytettyinä mukaan sovitulle vastaanottokäynnille (2.2.2018 klo 9-11)

Yhteistyöterveisin:

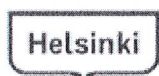
Johanna Kuisma ja Suvi Valtonen  
Jyväskylän amk  
Toimintaterapian koulutusohjelma

Ystävällisin terveisin

Toimintaterapeutti Johanna Kuisma  
Helsingin Sosiaali- ja Terveystoimiala  
Sairaala-, kuntoutus- ja hoivaosasto  
Kuntoutuksen osaamiskeskus  
Apuvälinepalvelut  
Lääkärintie 8 S, rakennus 4  
00250 Helsinki

Ajanvaraus ja neuvonta ma-pe klo 09:00-15:00 p. 09 310 47589  
Huoltopuhelin ma-pe klo 09:00

[johanna.kuisma@hel.fi](mailto:johanna.kuisma@hel.fi)



## Jyväskylän amk

### Toimintaterapian koulutusohjelma

#### Apuvälinepalveluihin luodun ICF-sovellukseen perustuvan tiedonkeruulomakkeen arviointi

#### TIEDOTE TUTKIMUKSESTA JA SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

##### 1 Tutkijoiden yhteystiedot

Johanna Kuisma, toimintaterapeutti, Helsingin kaupunki, sosiaali ja terveystoimiala,  
[johanna.kuisma@hel.fi](mailto:johanna.kuisma@hel.fi) p. 0931048179

Suvi Valtonen, toimintaterapeuttiopiskelija Jyväskylän amk, [K7695@student.jamk.fi](mailto:K7695@student.jamk.fi)

##### 2 Tutkimuksen taustatiedot

Jyväskylän ammattikorkeakoulu, hyvinvointiyksikkö  
Opinnäytetyö ajalla 9/2017-3/2018

##### 3 Tutkimusaineiston säilyttäminen

Tutkimuksen vastuullinen tutkija vastaa tutkimusaineiston turvallisesta säilyttämisestä.

##### 4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja merkitys

Opinnäytetyön tavoitteena on yhtenäistää toimintatapoja ja saada moniammatillinen apuvälinetiimi raportoimaan kuntoutuksen kannalta merkityksellistä toimintakykytietoa.

##### 5 Menettelyt, joiden kohteeksi tutkittavat joutuvat

Toimintakykytiedon kerääminen tiedonkeruulomakkeella asiakkaan apuvälinetarpeen arvioinnin tueksi.

##### 6 Tutkimuksen hyödyt ja haitat tutkittaville

Vastauksia hyödynnetään asiakkaan apuvälineprosessissa, asiakkaan tullessa vastaajana toimineen ammatihenkilön kanssa vastaanottokäynnille apuvälinepalveluihin. Ei haittoja asiakkaalle.

##### 7 Miten ja mihin tutkimustuloksia aiotaan käyttää

Apuvälinepalveluprosessin kehittäminen.

##### 8 Tutkittavien oikeudet

Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Tutkimuksen järjestelyt ja tulosten raportointi ovat luottamuksellisia. Tutkimuksesta saatavat tiedot tulevat ainoastaan tutkittavan ja tutkijaryhmän käyttöön ja tulokset julkaistaan tutkimusraporteissa siten, ettei yksittäistä tutkittavaa voi tunnistaa. Tutkittavilla on oikeus saada lisätietoa tutkimuksesta tutkijaryhmän jäseniltä missä vaiheessa tahansa.

##### 9 Tutkittavan suostumus

Olen perehtynyt tämän tutkimuksen tarkoitukseen ja sisältöön, sekä tutkittavien oikeuksiin. Suostun osallistumaan tutkimukseen annettujen esitietojen mukaisesti. Voin halutessani peruuttaa tai keskeyttää osallistumiseni missä vaiheessa tahansa. Tutkimustuloksiani saa käyttää tieteelliseen raportointiin (esim. julkaisuihin) sellaisessa muodossa, jossa yksittäistä tutkittavaa ei voi tunnistaa.

---

Päiväys

Tutkittavan allekirjoitus

---

Päiväys

Tutkijan allekirjoitus

## Liite 5. Tutkimusaineiston toimintakyvyn tasoa ja kontekstuaalisia tekijöitä kuvaavat määritelmät

...tueksi  
ahtaat (tilat)  
ajoittain (huimausta)(passiivisuuteen taipuvainen)  
alentuneet (motoriikka, voima, sensoriikka)  
alentunut (liikkuvuus)(muisti)  
apuväline auttaa (lukeminen vuoteessa, syöminen pyörätuolissa istuen)  
apuväline ja apu mahdollistavat  
apuväline mahdollistaa (istuma-asento)(ettei aina tarvitse odottaa hoitajaa/  
avustajaa)  
  
apuvälineen avulla (pääsee liikkumaan)(siirtymiset)  
apuvälineenä (pyörätuoli ja rollaattori)  
apuvälineet välttämättömiä (liikkuminen)  
apuvälineillä (liikkuminen, siirtyminen)  
avun ja ohjauksen tarve suuri (liikkuminen, peseytyminen, pukeutuminen,  
ruokailutilanteet)  
avuntarvetta (alavartalon pukeminen, peseytyminen)  
avustajan kanssa (pidemmät matkat pyörätuolilla)(  
  
avustettuna (siirtymiset nosturin kanssa)(siirtyminen pyörätuoliin)  
avustuksen turvin (toiminnot toteutuvat)  
edistäviä (ystävät, omaisten tuki)  
edistävät (esteettömät tilat )(henki)  
ei (juttuseuraa, mielekästä tekemistä)  
ei aina (muista)  
  
ei aktiivista.. (liikettä)  
ei enää mahdollista (käsien toiminnot)  
ei jaksa (liikkua omatoimisesti pitkiä matkoja (yli 100m))(istua kovin kauan)  
ei kiireen tuntua  
ei mahdollisia  
ei mahdu kunnolla (liikkumaan)  
ei ole....(kävely) -kykyinen  
ei onnistu (kävely, siirtyminen, peseytyminen)  
ei onnistu ilman (avustajaa esteiden takia)  
ei pysty (tavoitteiden ilmaisu)(osallistumaan itsensä hoitoihin)  
ei tue (arkisidonnaisuus)  
ei yksilöllinen (vrk rytmi)  
eivät onnistu  
enemmän (haluaisi osallistua)(haluta olla ulkona)  
epäilyttää (läheteminen)  
esteettömät (tilat)  
esteetön (palvelutalo)(asuinympäristö)(kotiympäristö)  
haastavaa (puheen tuottaminen)(sosiaalinen kanssakäyminen)  
haasteet (tasapaino)  
haasteita (hahmottaminen)  
haastetta (liikkeen aloittaminen ja jumittaminen)  
haluaa mielellään apua (pyörätuolilla liikkumiseen)  
haluaa oppia (kävelemään)  
haluaa päästä (kotiin)  
haluaisi käydä itsenäisesti (asiointi, kulttuuriharrastukset)  
haluaisi osallistua enemmän  
hankalia (ovet)  
  
heikentyminen (lihasvoimat)  
heikentymistä  
heikentyneet (vuodessa)  
heikentynyt (tuntoaisti)(muisti)  
heikentää (kykyä prosessoida asioita loogisesti)  
heikko (tuntoaisti)  
heikkous (oikea raajapari)  
heikkoutta (puristusvoima)  
helposti (kiinnostuntu muiden asioista)(pää repsahtaa alas)  
huomioitu tarpeet (asiakkaan)  
hyvin tukena (kumppani)  
hyvä (tukiverkosto)  
ilman (apuvälinettä/apua, toiminnot) eivät onnistu  
irtaimiston runsaus (koti)  
itse (syö)  
itsenäisempi (liikkumisen mahdollisuus)  
itsenäisesti (lyhyitä matkoja esteettömässä ympäristössä)(ruokailu pyörätuolista  
käsien)(syö)(liikkuu pyörätuolilla)(liikkua tulevaisuudessa)(asunnosta poistuminen  
jonkin verran (oik. puolen huomioimattomuutta)  
jumittaessa  
jäykkyys  
kannustavat, auttavat, ohjaavat (omaiset, läheiset, hlökunta)  
kapeus (ovi)  
kevyt manuaalinen avustus (pukeminen, peseminen, liikkuminen)  
kiinnostaa (kaukomatkat)  
korkeusvaihtelut (asuinympäristö)  
käyvät ja soittavat (ystävät)  
laskee mielialaa (ympäristö)  
levollinen olo (asunpyytämisen suhteen)  
lievä  
liikkumisen apuvälineenä (pyörätuoli)  
lukuunottamatta (luiska)

läheiset välit (oman pojan kanssa)  
lähellä (ruokakauppa)  
löytää itse (ratkaisuja ongelmakohtiin)  
melko itsenäinen (täytyisi olla kotona)  
miinukset (haastava käyttäytyminen, itsensä vahingoittaminen)  
muuten itsenäinen (itsestähuolehtimisessa)  
myötäilee.. (vartalon liikkeillä toiminnoissa) - täysin autettava  
normaali (kipuaistimus)  
  
nuoli alas (keskittyminen)  
ohjattuna (pukeutuminen, peseytyminen, siirtyminen)  
pyörätuoliin)(kävely)(rollukävely)  
oireet vaikeuttavat (toimintaa ja kommunikointia)  
olematonta (tuntoaisti)  
omatoimisesti sisällä (liikkuminen)  
  
ongelmallista (vartalon hallinta)  
ongelmia  
onnistuu (istuminen, potkuttelu)  
onnistuu ilman apua (alapesut, hiusten pesu, hampaiden pesu, parranajo,  
ipadin käyttö, tv:n käyttö)  
onnistuu jos.. (ruokailu)  
onnistuvat (katetroiminen, hampaiden pesu, pyörätuolissa istuen)  
onnistuvat omatoimisesti (lukeminen, kirjoittaminen, syöminen)  
optimaalisesti suunniteltu (fyysinen ympäristö)  
osallistuen (ryhmät, tapahtumat, aktiviteetit)  
osallistuu (pukeutuminen, peseytyminen, siirtyminen)(päivätoiminnot, talon  
ja kodin omiin tapahtumiin)  
osittain itsenäisesti (peseytyminen pyörätuolista käsin)  
paraneminen (aktiivisuus)  
parantaminen (liikkuminen)  
passiivinen (asennoitumaan kuntoutukseen)  
pleni (sosiaalinen turvaverkosto)  
plussat (päivätoiminta, omahuone)  
puutoksia (tunto)  
pystyy ainoastaan jnk:n verran (ruokailu itsenäisesti)  
pyytää apua herkästi  
pääsee ohjauksen turvin (sairaalassa)  
pääsee liikkumaan apuvälineen avulla  
pääseminen asuntoon (portaat vaikeuttaa)  
rajoittaa paljon toimintaa (psykykinen tila)  
rajoittavat (pitkät käytävät)  
rajoittuneet (nievelliikkuvuus)  
rajoittunutta (fyysinen toimintakyky)  
saa apua (siirtymisiin, päivittäistoimiin ja liikkumiseen)  
saattajan kanssa mahdollistuu (ulkoilu, ystävien tapaaminen)  
sanallisen ohjauksen turvin (korjaa asentoa)  
sujuvat  
sujuvat rauhallisen ja kohdennetun avustuksen myötä (monet arkitoinnot)  
suppea Sosiaalinen verkosto)  
tallella (puristusvoima)  
tarvinnee osittain apua  
tarvitsee apua (ADL-toiminnoissa)  
tarvitsee apuvälineen (itsenäisen liikkumisen tueksi)  
tarvitsee avun (lähes kaikessa toiminnassa ilman apuvälinettä)(päivittäisissä  
toimissa)  
tarvitsee toisen hlön avun lähes kaikessa toiminnassa  
tasoero (lattia)  
tavoitteena (kotiutuminen)  
toimii (yläraaja)  
toiminnan häiriöitä (rakko ja suoli)  
toiminta onnistuu apuvälineen kanssa  
toimintaa edistää (yhteistyöhalu, asenne)  
toimintakyky tallella (kädet)  
toimintakyky vaihtelee  
toimintakyvyttömät (jalat)  
toteutuvat (pesut pesulaverilla)  
turvalliset (wc käynnit)  
työnnettynä (pyörätuolilla liikkuminen)(pyörätuolilla kauppaan)  
täydellinen (PARAPLEGIA)  
täysin autettava (adl-toimissa)(perusliikkuminen)(myötäilee pukiessa)  
  
vaihtelee (toimintakyky)  
vaikea (psykykinen tila)  
vaikea (kynän käyttö)  
vaikeat (toimintakyvyn) haitat  
vaikeus (muuttaa toteuttuja tapoja)  
vaikeuttavat  
vaikuttavat (kivut)  
vain vähän (pystyy auttamaan)  
vaivalloisuudesta johtuen (liikkuminen)  
varmistettuna (rapuissa liikkuminen)  
vie energiaa (murehtiminen)  
vieraat (tilat)  
voimakkaasti (lyö päätänsä)  
x:n avustus (päivittäisissä toimissa)  
ympäristö mahdollistaa (Liikkuminen apuvälineen kanssa)